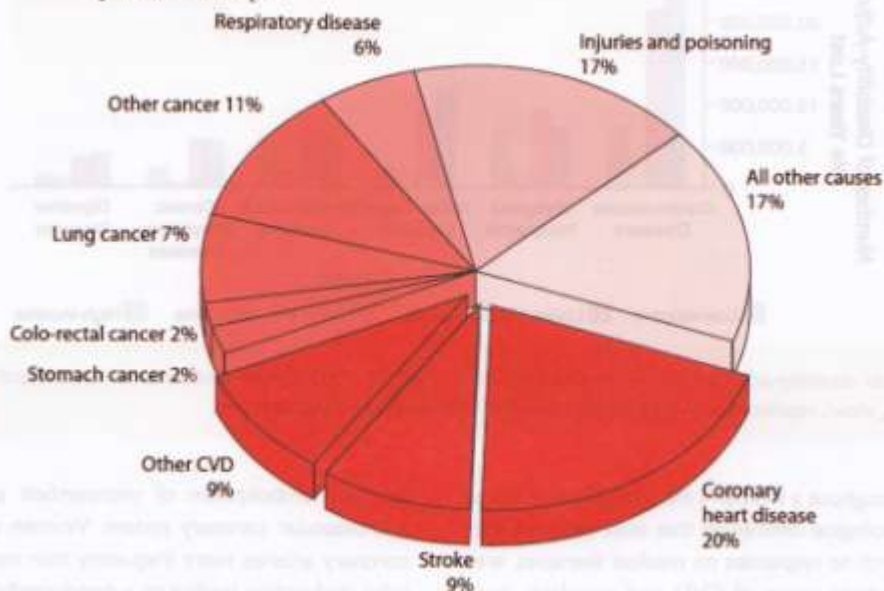


# **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

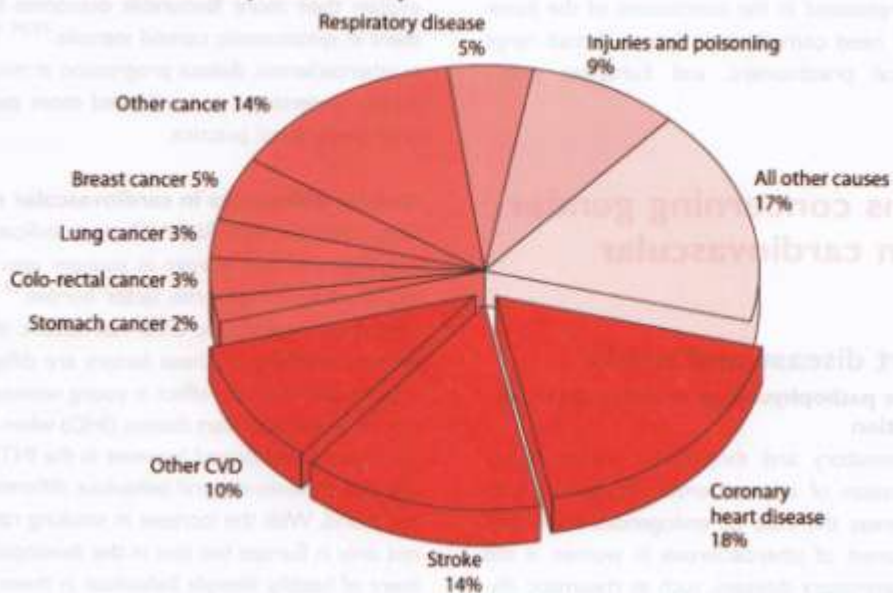
**профессор Лишневская В.Ю.  
ГУ «Институт геронтологии НАМНУ»**

# ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 75 ЛЕТ В ЕВРОПЕ

A *Deaths under 75 by cause, men, latest available year, Europe*



B *Deaths under 75 by cause, women, latest available year, Europe*

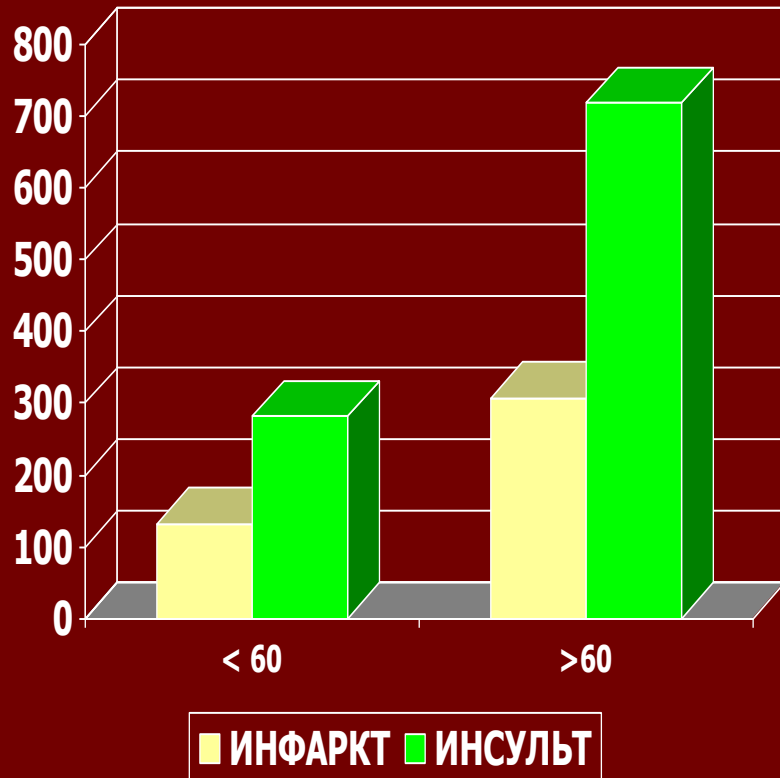


А – МУЖЧИНЫ

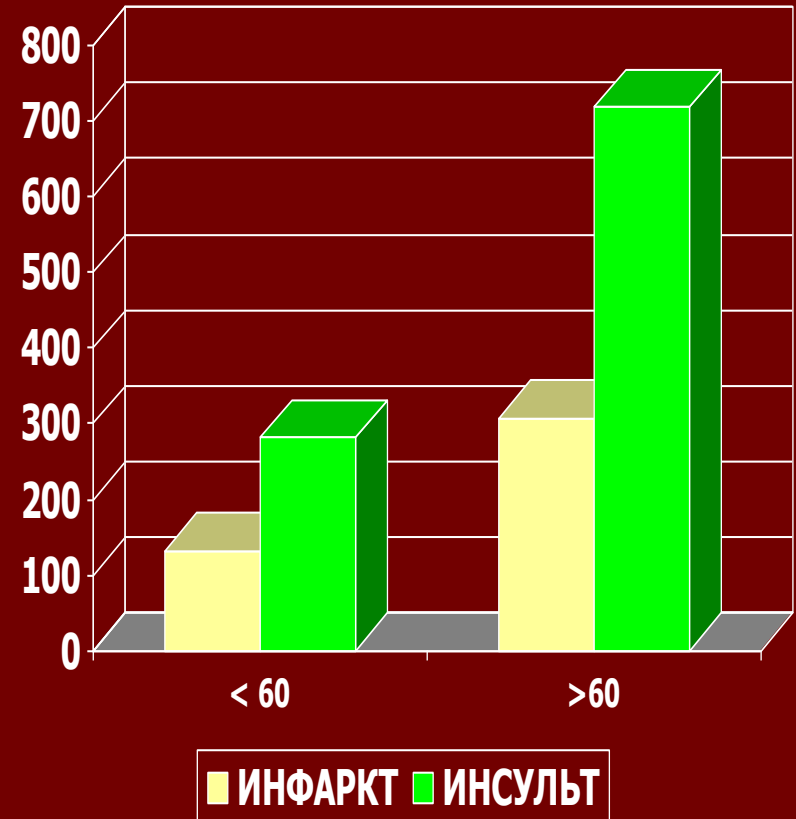
Б - ЖЕНЩИНЫ

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ СОБЫТИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ СТАРШЕ 60 ЛЕТ (НА 100000 НАСЕЛЕНИЯ)

Распространенность



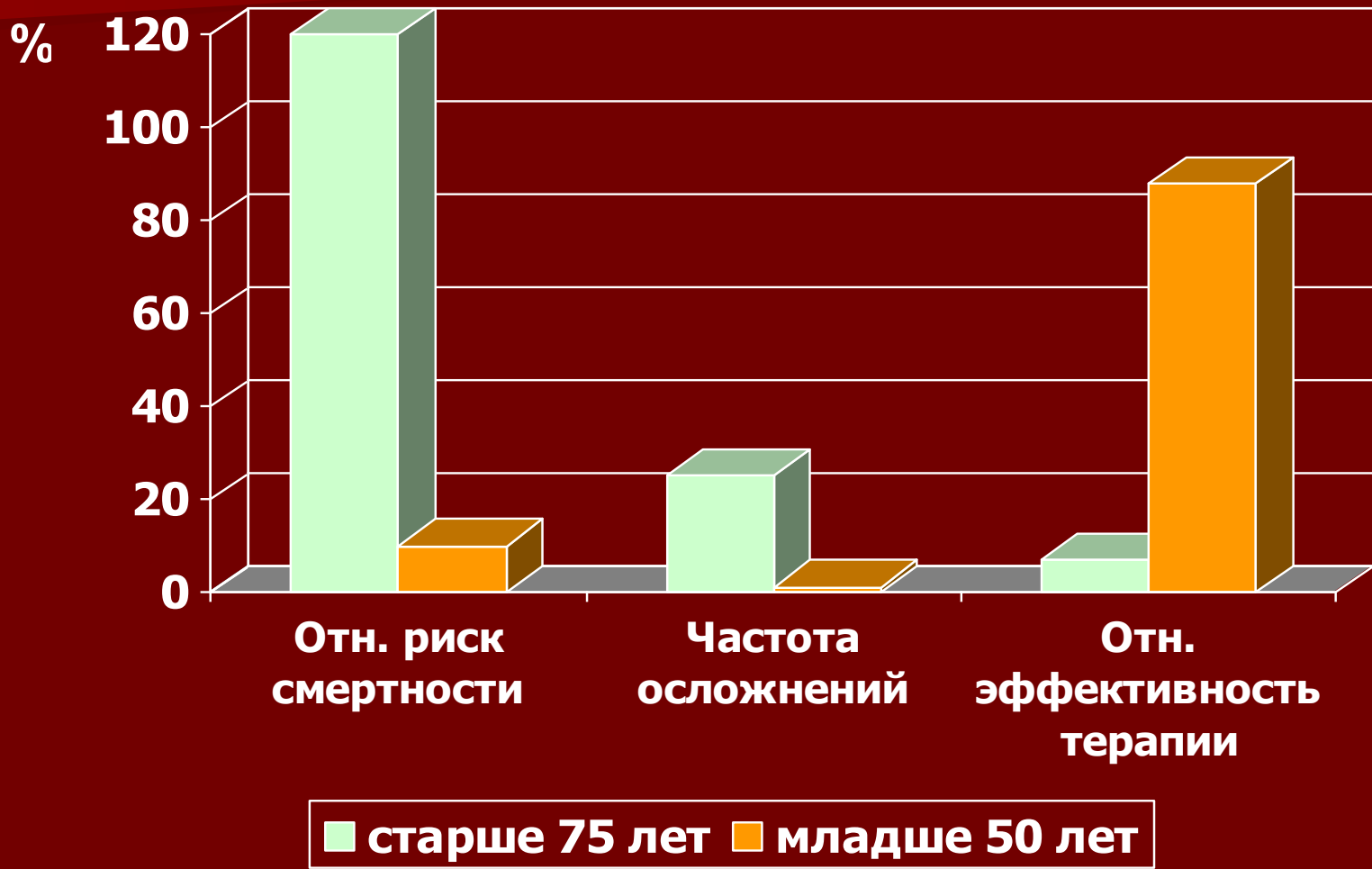
Заболеваемость



Регіональні особливості рівня здоров'я народу України  
(аналітично-статистичний посібник), 2011

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ОИМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

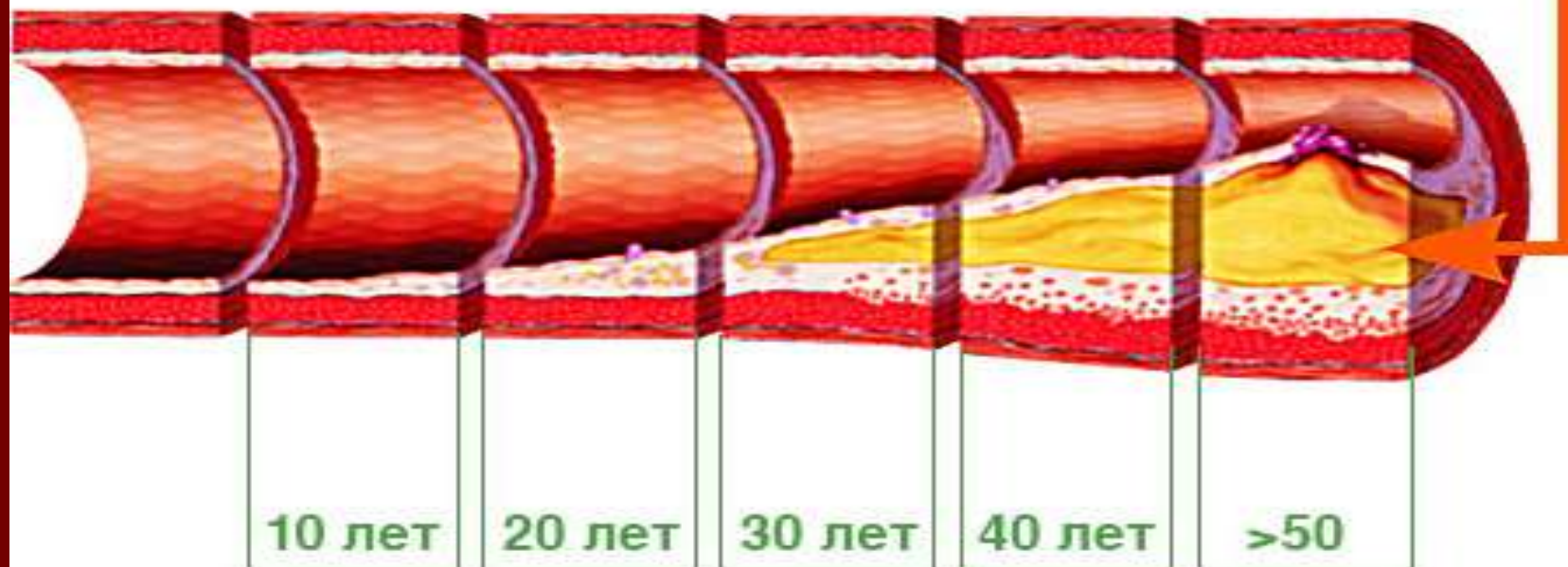
81,584 пациентов перенесших ОИМ в период 1994-2000 годы (Канада)



**В 87% СЛУЧАЕВ ПРИЧИНОЙ  
ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ  
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

## **АТЕРОТРОМБОЗ**

Накопление холестерина в сосудистой стенке —  
атеросклеротическая бляшка



# СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**КЛАСС ПРЕПАРАТОВ**

**СНИЖЕНИЕ РИСКА ОСС**

**СТАТИНЫ**

**35%**

**ИНГИБИТОРЫ АПФ**

**20%**

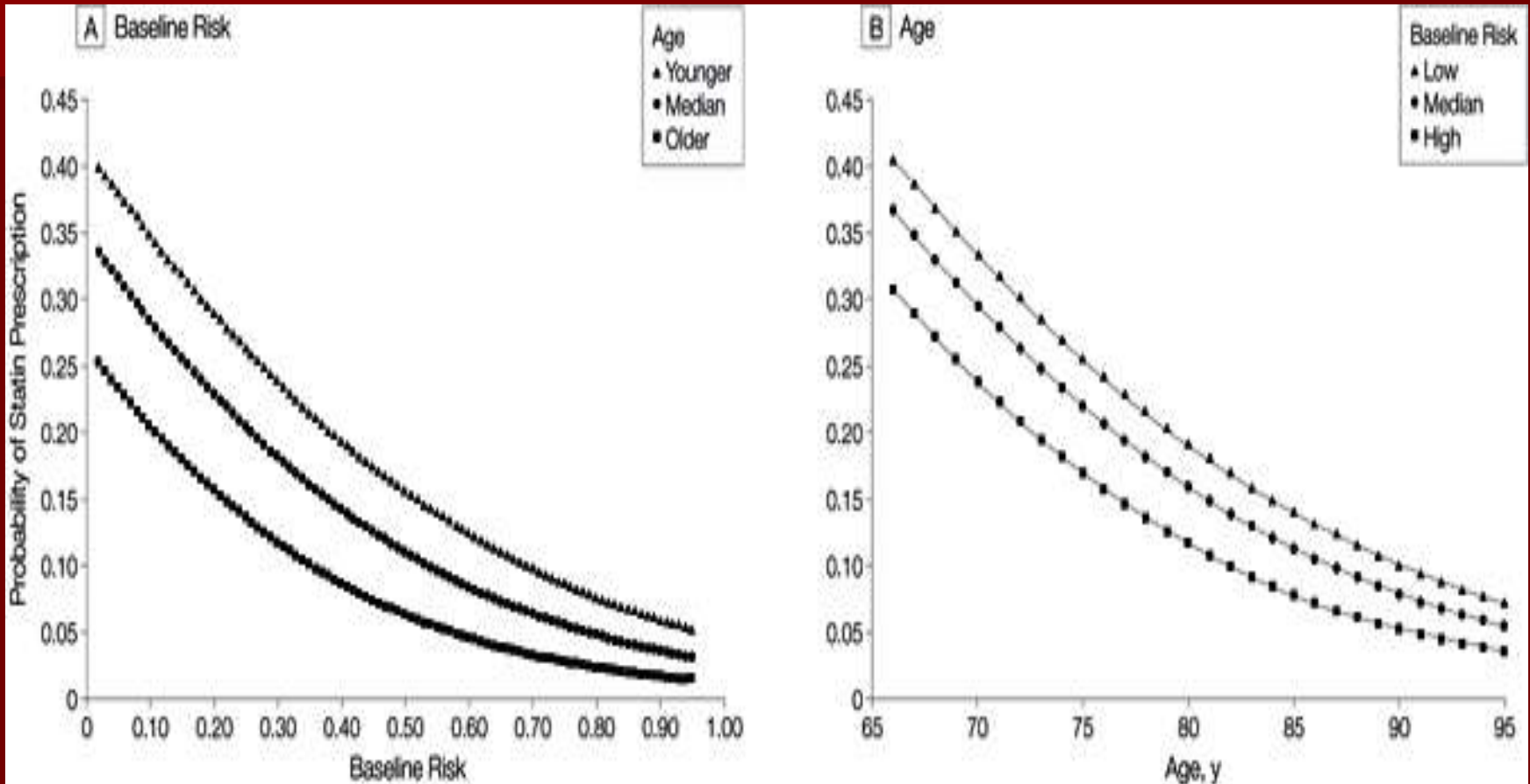
**БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ**

**30%**

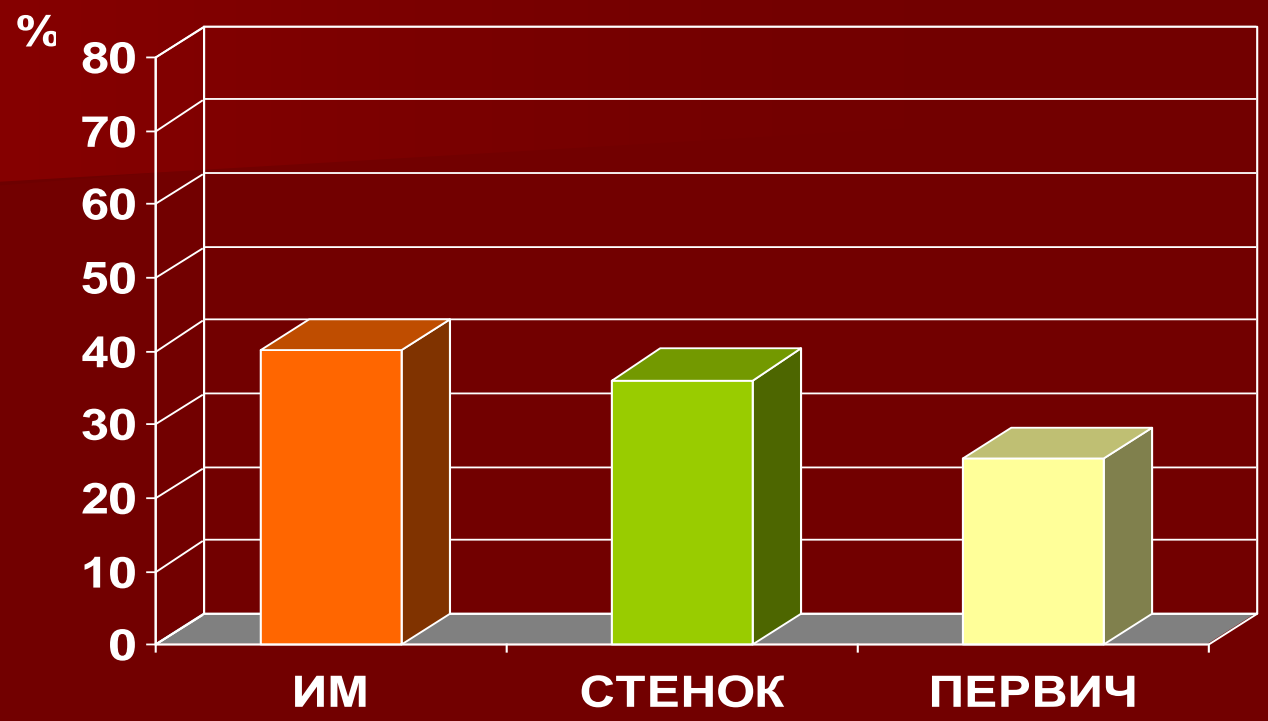
**АНТИАГРЕГАНТЫ**

**22%**

# ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕРОЯТНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ С ВОЗРАСТОМ И БАЗАЛЬНЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ



# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ (2002 год)



- Перенесшие ИМ



- Имеющие хроническую ИБС



В качестве первичной профилактики



## **КАТЕГОРИИ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТИ ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК**

**Наличие диагностированного заболевания ССС  
Сахарный диабет 2 или 1 типа с поражением органов-мишеней  
(микроальбуминурия)**

**Выраженное или умеренное нарушение функции почек  
(гломерулярная фильтрация ниже 60 мл/мин/1.73м)  
10-летний риск смерти по шкале SCORE  $\geq 10\%$**

## **ВЫСОКИЙ РИСК**

**Значимый фактор риска – семейная дислипидемия, выраженная  
гипертензия**

**10-летний риск смерти по шкале SCORE  $\geq 5\% \leq 10\%$**

## **УМЕРЕННЫЙ РИСК**

**10-летний риск по шкале SCORE  $\geq 1\% \leq 5\%$ .**

**В эту категорию входят лица с ожирением, наличием в семейного  
анамнеза ОСС, имеющие нарушение липидного спектра плазмы крови,  
повышенный уровень фибриногена, СРБ, гомоцистеина, ведущие  
малоподвижный образ жизни.**

## **НИЗКИЙ РИСК**

**10-летний риск смерти по шкале SCORE  $< 1\%$**

## ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

### The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)

Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation<sup>†</sup>

**Authors/Task Force Members:** Željko Reiner\* (ESC Chairperson) (Croatia), Alberico L. Catapano\* (EAS Chairperson)\* (Italy), Guy De Backer (Belgium), Ian Graham (Ireland), Marja-Riitta Taskinen (Finland), Olov Wiklund (Sweden), Stefan Agewall (Norway), Eduardo Alegria (Spain), M. John Chapman (France), Paul Durrington (UK), Serap Erdine (Turkey), Julian Halcox (UK), Richard Hobbs (UK), John Kjekshus (Norway), Pasquale Perrone Filardi (Italy), Gabriele Riccardi (Italy), Robert F. Storey (UK), David Wood (UK).

**ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008–2010 and 2010–2012 Committees:** Jeroen Bax (CPG Chairperson 2010–2012), (The Netherlands), Alec Vahanian (CPG Chairperson 2008–2010) (France), Angelo Auricchio (Switzerland), Helmut Baumgartner (Germany), Claudio Ceconi (Italy), Veronica Dean (France), Christi Deaton (UK), Robert Fagard (Belgium), Gerasimos Filippatos (Greece), Christian Funck-Brentano (France), David Hasdai (Israel), Richard Hobbs (UK), Arno Hoes (The Netherlands), Peter Kearney (Ireland), Juhani Knuuti (Finland), Philippe Kolh (Belgium), Theresa McDonagh (UK), Cyril Moulin (France), Don Poldermans (The Netherlands), Bogdan A. Popescu (Romania), Željko Reiner (Croatia), Udo Sechtem (Germany), Per Anton Sirnes (Norway), Michal Tendera (Poland), Adam Torbicki (Poland), Panos Vardas (Greece), Petr Widimsky (Czech Republic), Stephan Windecker (Switzerland)

**Document Reviewers:** Christian Funck-Brentano (CPG Review Coordinator) (France), Don Poldermans (Co-Review Coordinator) (The Netherlands), Guy Berkenboom (Belgium), Jacqueline De Graaf (The Netherlands), Olivier Descamps (Belgium), Nina Gotcheva (Bulgaria), Kathryn Griffith (UK), Guido Francesco Guida (Italy), Sadi Gulec (Turkey), Yaakov Henkin (Israel), Kurt Huber (Austria), Y. Antero Kesaniemi (Finland), John Lekakis (Greece), Athanasios J. Manolis (Greece), Pedro Marques-Vidal (Switzerland), Luis Masana (Spain), John McMurray (UK), Miguel Mendes (Portugal), Zurab Pagava (Georgia), Terje Pedersen (Norway), Eva Prescott (Denmark), Quitéria Rato (Portugal), Giuseppe Rosano (Italy), Susana Sans (Spain), Anton Stalenhoef (The Netherlands), Lale Tokgozoglu (Turkey), Margus Viigimaa (Estonia), M. E. Wittekoek (The Netherlands), Jose Luis Zamorano (Spain).

**Table 8** Recommendations for treatment targets for LDL-C

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
In patients at VERY HIGH CV risk (established CVD, type 2 diabetes, type 1 diabetes with target organ damage, moderate to severe CKD or a SCORE level $\geq 10\%$ ) the LDL-C goal is $< 1.8$ mmol/L (less than $\sim 70$ mg/dL) and/or $\geq 50\%$ LDL-C reduction when target level cannot be reached.	I	A	15, 32, 33
In patients at HIGH CV risk (markedly elevated single risk factors, a SCORE level $\geq 5$ to $< 10\%$ ) an LDL-C goal $< 2.5$ mmol/L (less than $\sim 100$ mg/dL) should be considered.	IIa	A	15, 16, 17
In subjects at MODERATE risk (SCORE level $> 1$ to $\leq 5\%$ ) an LDL-C goal $< 3.0$ mmol/L (less than $\sim 115$ mg/dL) should be considered.	IIa	C	-

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

<sup>c</sup>References.

CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; LDL-C = low-density lipoprotein-cholesterol.

Пациентам с очень высоким КВ риском (ИБС, сахарный диабет, поражение органов мишеней, ХПН или риск по шкале SCORE  $> 10$ ) снижение уровня ХС ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или на 50% от исходного уровня

Пациентам с высоким КВ риском (факторы риска или риск по шкале SCORE  $> 5 - < 10$ ) снижение уровня ХС ЛПНП ниже 2,5 ммоль/л (100 мг/дл)

Пациентам с умеренным КВ риском (факторы риска или риск по шкале SCORE  $> 1 - < 5$ ) снижение уровня ХС ЛПНП ниже 3,0 ммоль/л (115 мг/дл)

**Table 14** Recommendations for the pharmacological treatment of hypercholesterolaemia

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Prescribe statin up to the highest recommended dose, or highest tolerable dose to reach the target level.	I	A	15, 16, 17
In the case of statin intolerance, bile acid sequestrants or nicotinic acid should be considered.	IIa	B	108, 120
A cholesterol absorption inhibitor, alone or in combination with bile acid sequestrants or nicotinic acid, may also be considered in the case of statin intolerance.	IIb	C	-
If target level is not reached, statin combination with a cholesterol absorption inhibitor or bile acid sequestrant or nicotinic acid may be considered.	IIb	C	-

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

<sup>c</sup>References.

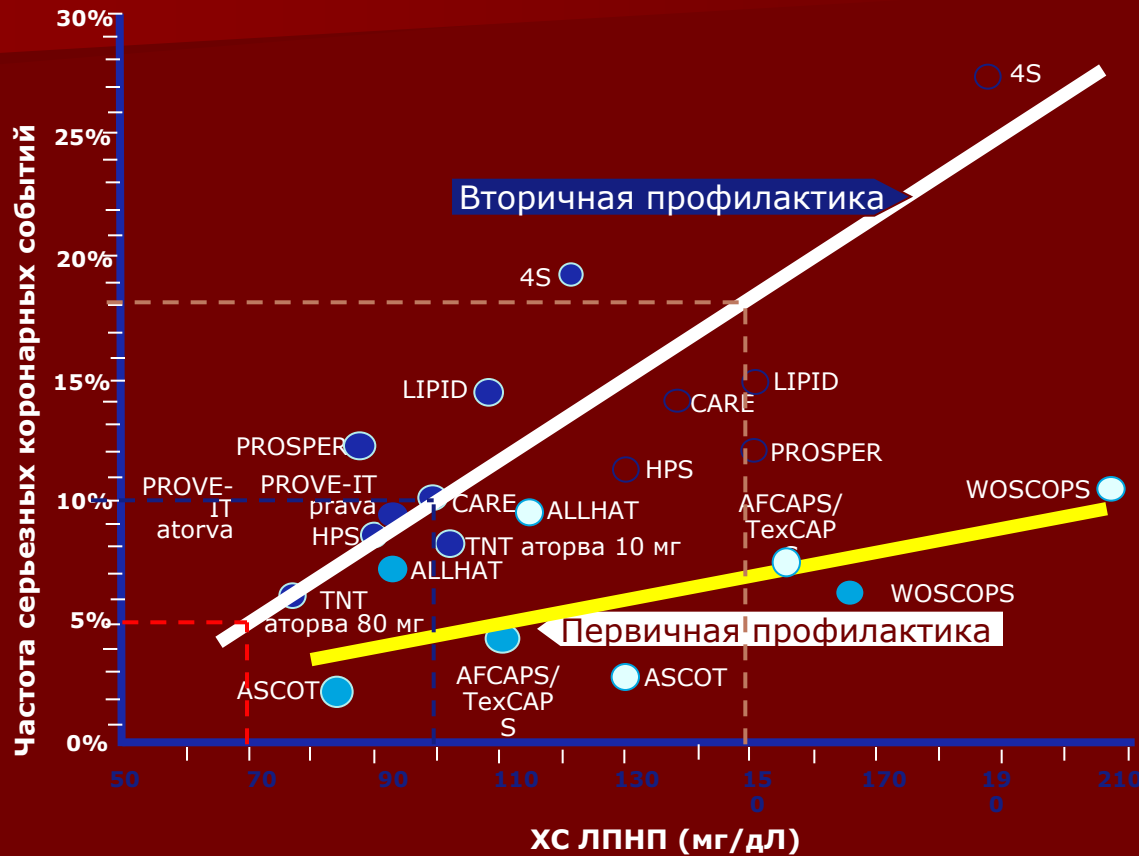
Лечение **СТАТИНАМИ** в наибольшей рекомендованной дозе и максимальной переносимой дозе придерживаясь целевого уровня липидов

В случае толерантности к статинам использовать секвестранты ЖК или ниацин

Ингибиторы абсорбции ХС самостоятельно или в комбинации с секвестрантами ЖК или ниацином могут использоваться при толерантности к статинам

В случае не достижения целевого уровня возможна комбинация статинов с ингибитор абсорбции ХС или секвестрантами ЖК или никотиновой кислотой

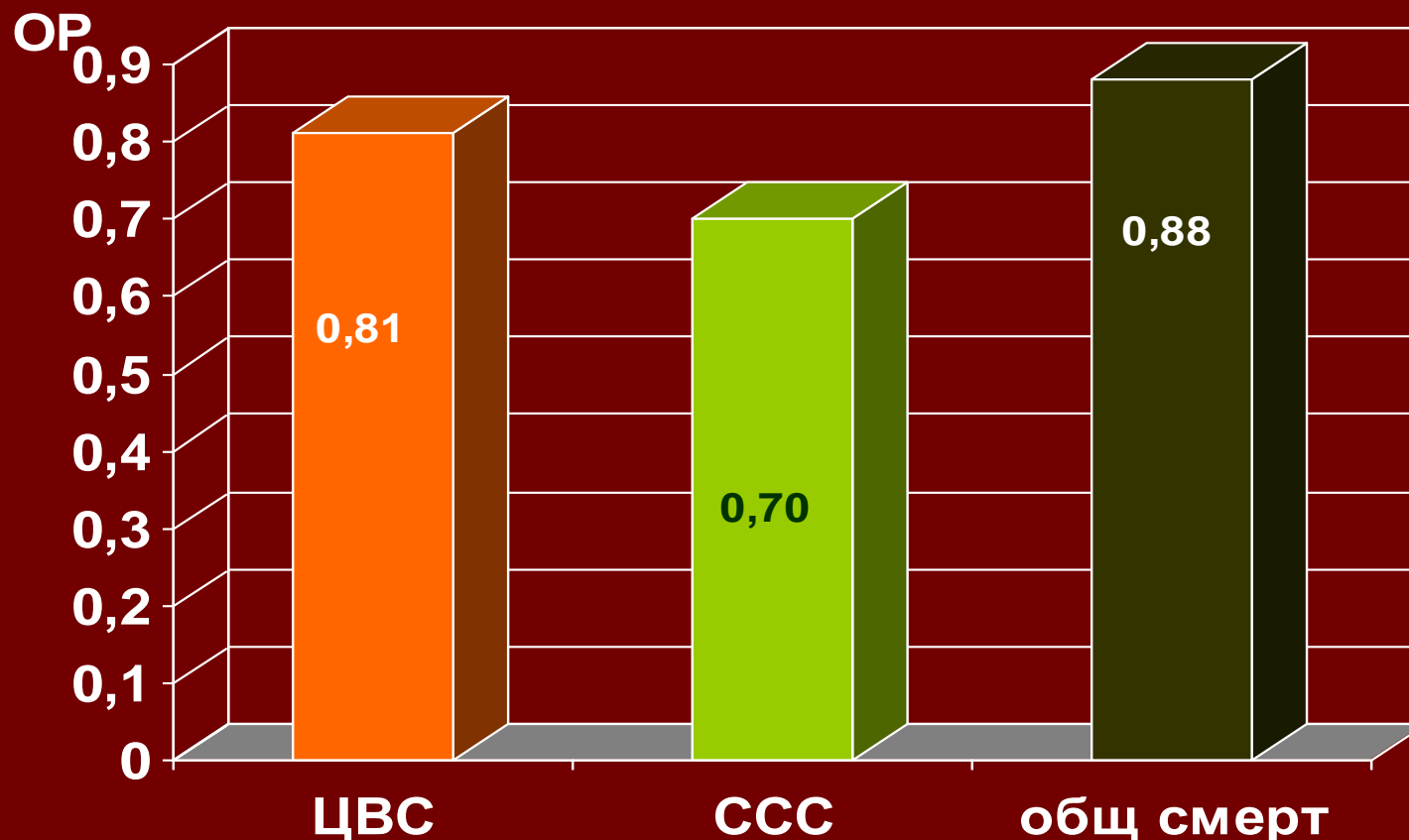
# Суммарные данные клинических исследований<sup>1,2</sup>



- Перв. проф-ка – плацебо
- Перв. проф-ка - статин
- Вторичн. проф-ка – плацебо
- Вторичн. проф-ка - статин

# МЕТА-АНАЛИЗ 10 ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНОВ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

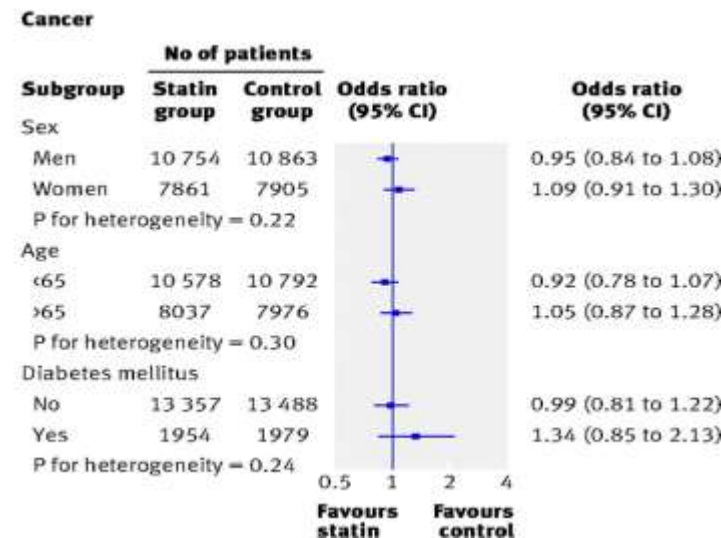
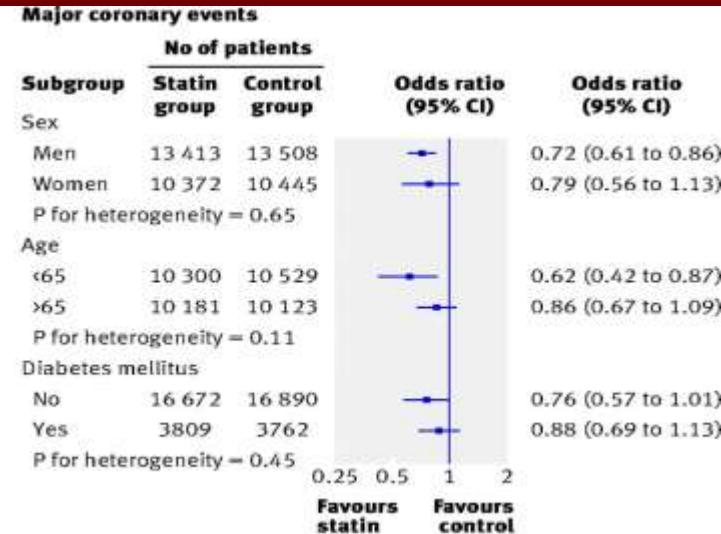
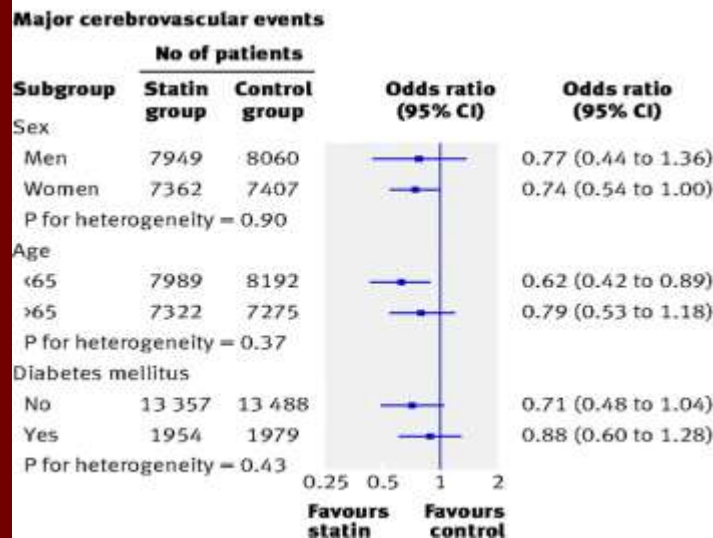
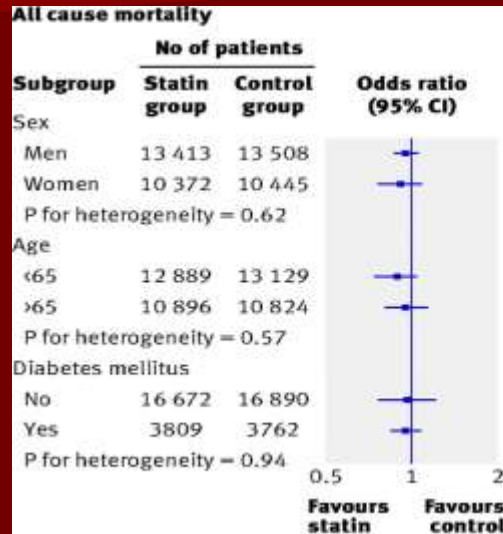
Обследовано 70388 человек старше 65 лет



# МЕТААНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНОВ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ССС

метаанализ 5 электронных баз данных: Medline (1966 - 2007 г.),  
EMBASE за 1980 -2007 годы, Кокрановского регистра и ACP Jornal Club (1992-2007)

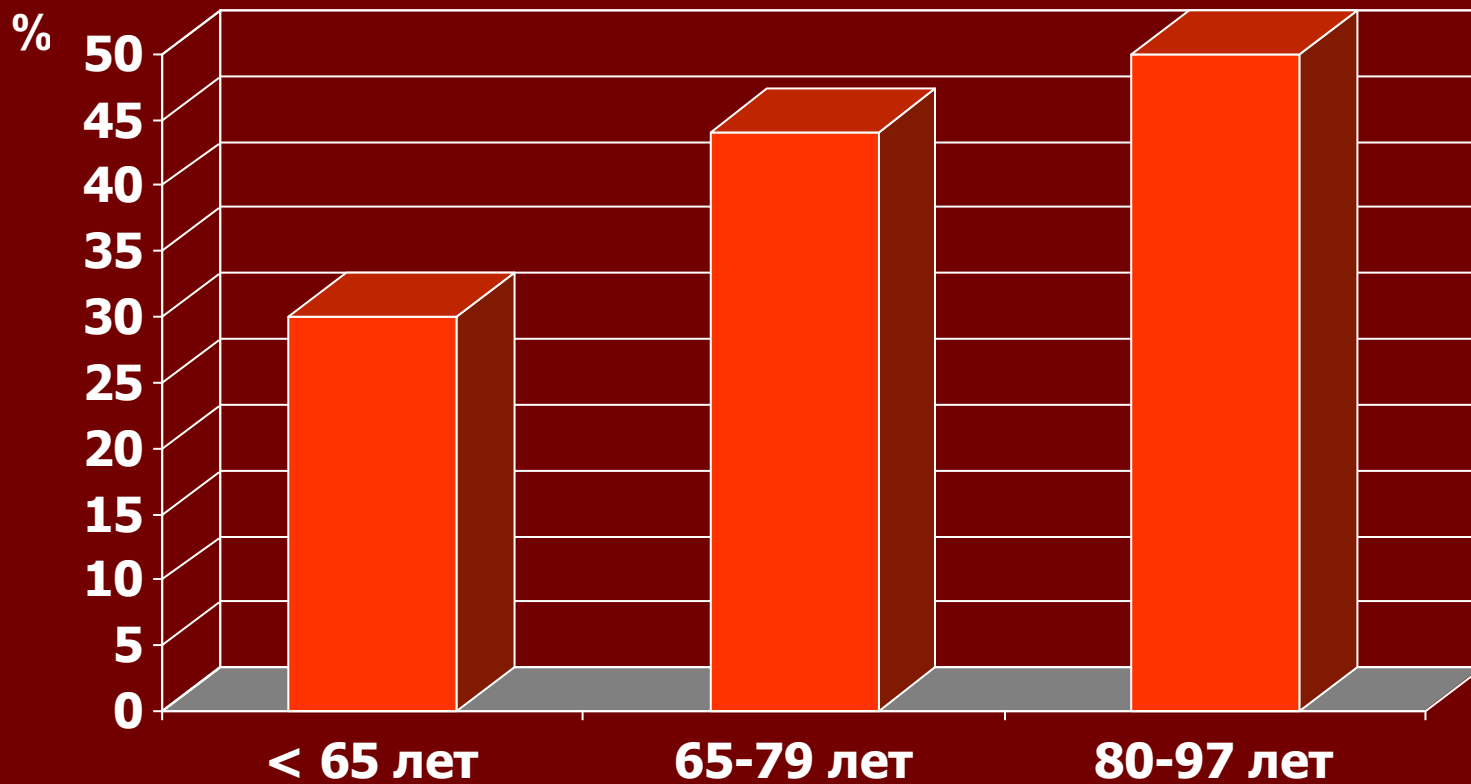
Обследовано  
19569 человек  
65-82 лет



# МЕТААНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНОВ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ССС

метаанализ 5 электронных баз данных: Medline (1966 - 2007 г.),  
EMBASE за 1980 -2007 годы, Кокрановского регистра и ACP Jornal Club (1992-2007)

## ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОТЕРАПИИ

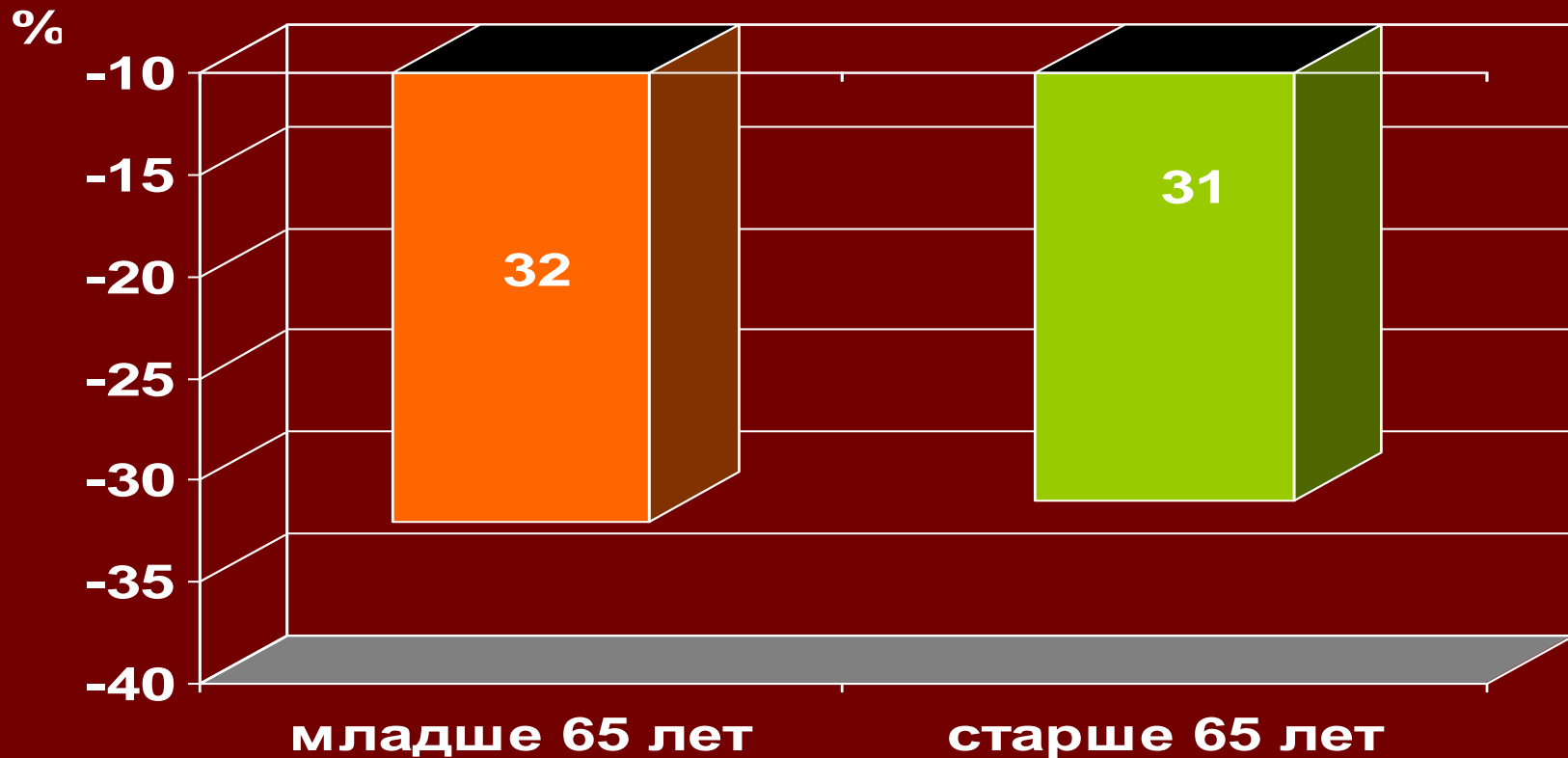


Динамика общей смертности



МЕТААНАЛИЗ 5 ИССЛЕДОВАНИЙ  
(LIPID, WOSCOPS, 4S, ААТ, CAPS)

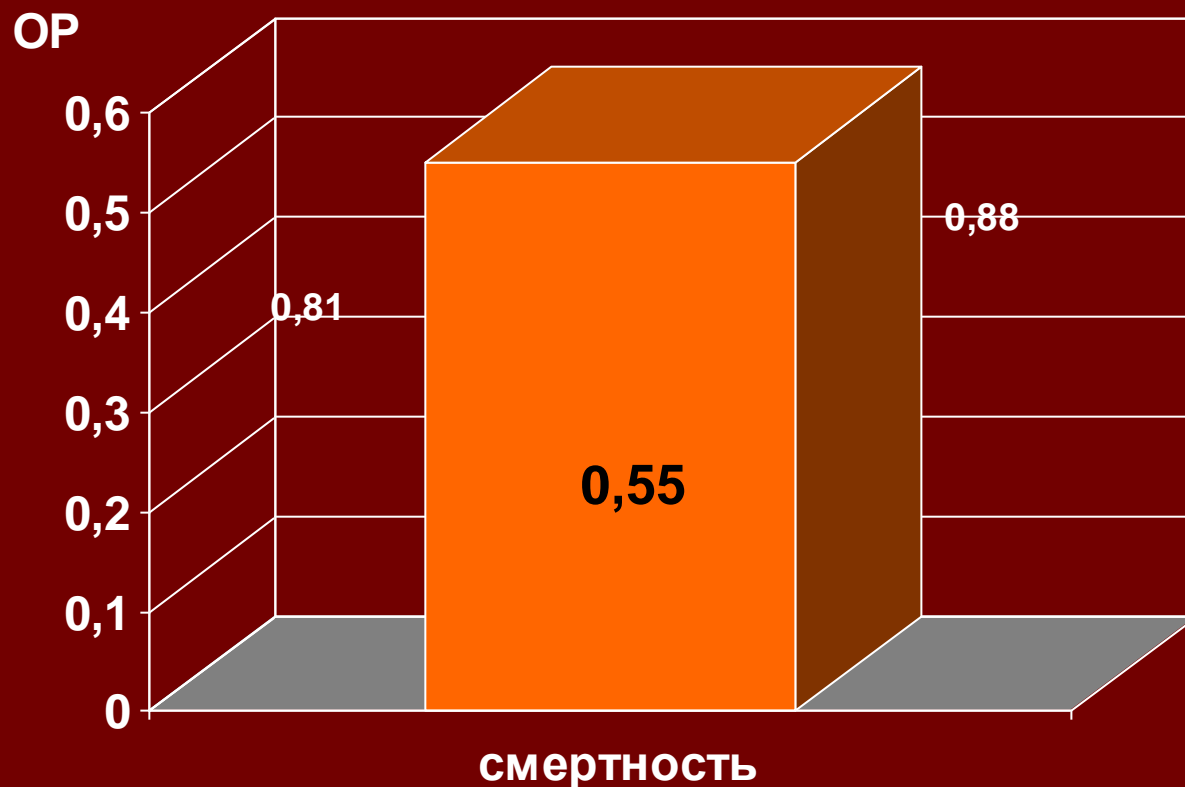
Частота ССС в разных возрастных группах



# ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

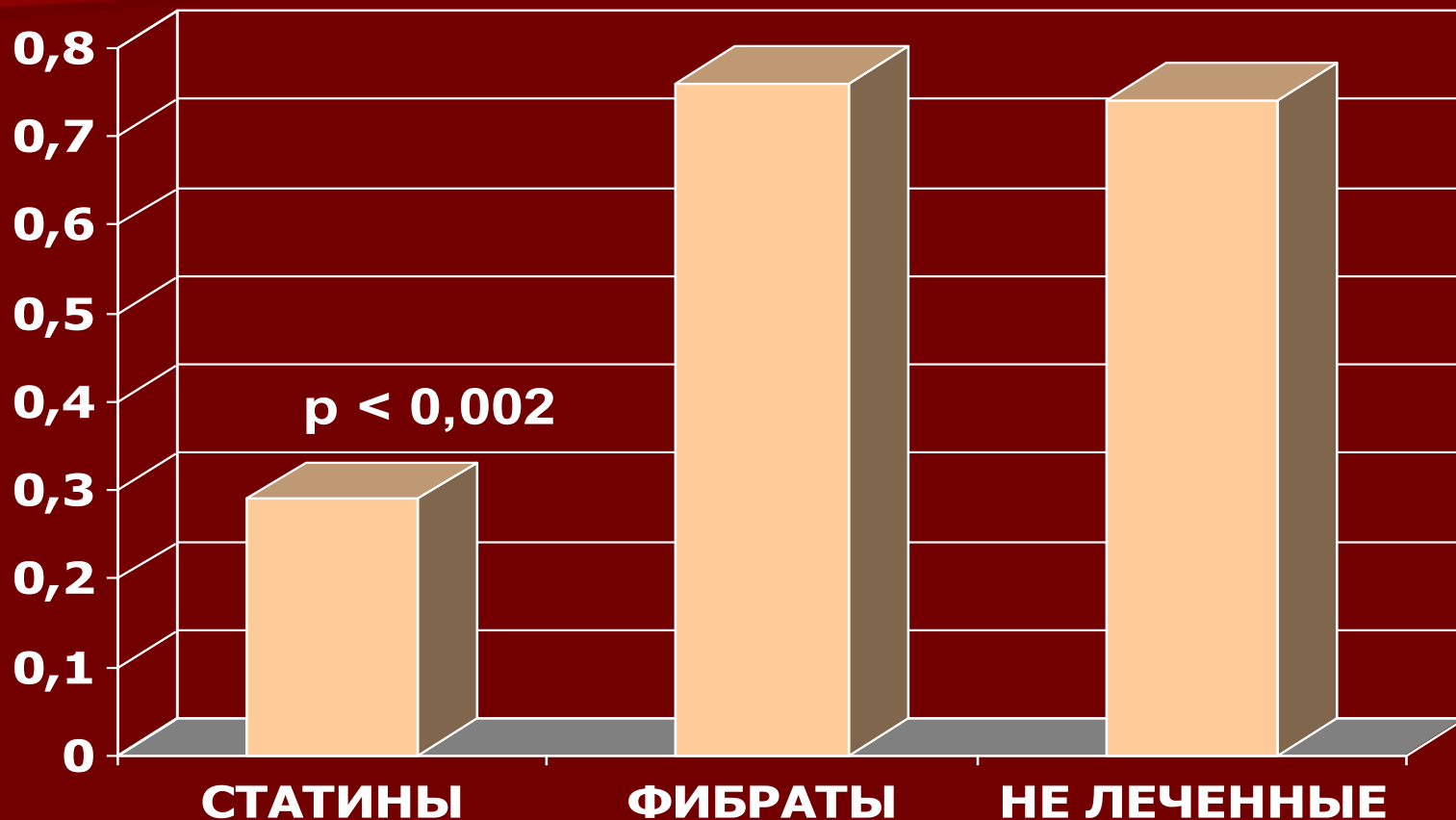
Период наблюдения 1999-2003 годы

Количество обследованных – 21410 больных старше 80 лет



# ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

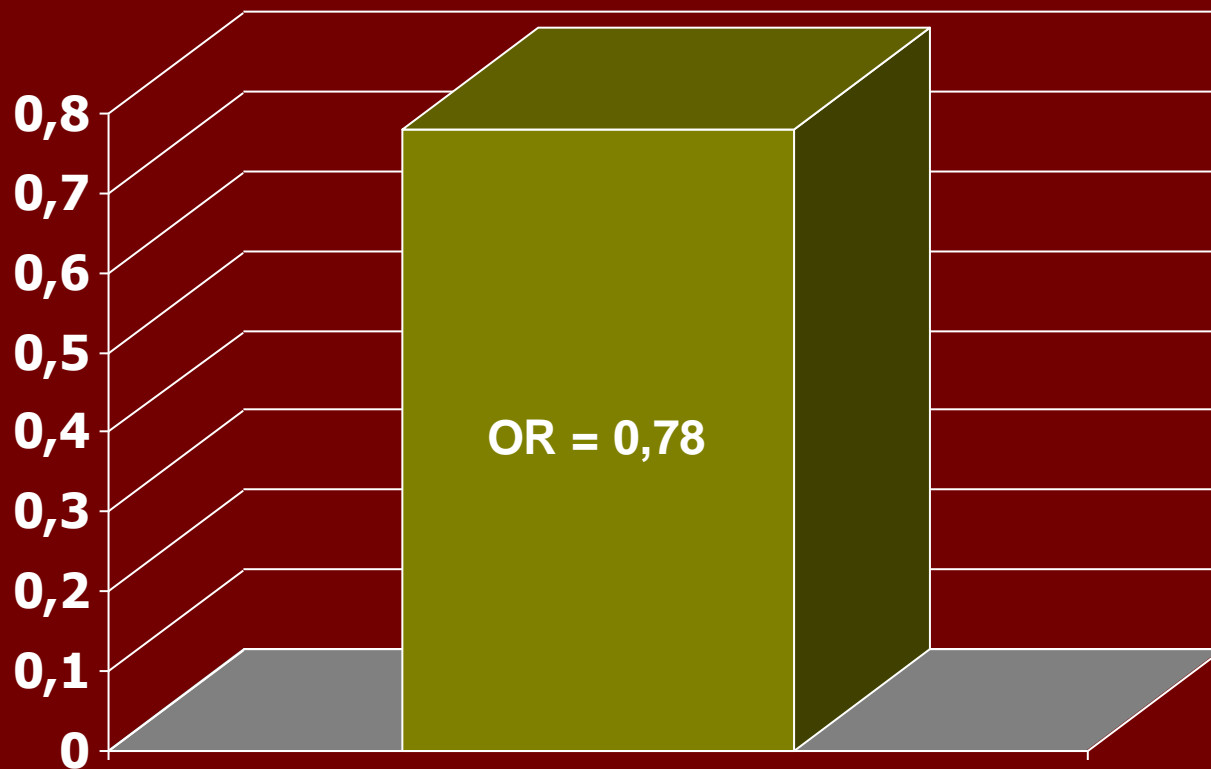
Количество обследованных – 1136 человек. Возраст 50-85 лет



# NESTED CASE-CONTROL STUDY

Лица с впервые возникшей пневмонией (1996-2006).

Исследуемые препараты – симвастатин, аторвастатин



Прием статинов в течение 1 года снижает риск развития пневмонии

**Table 23** Recommendations for treatment of dyslipidaemia in the elderly

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Treatment with statins is recommended for elderly patients with established CVD in the same way as for younger patients.	I	B	15, 16
Since elderly people often have comorbidities and have altered pharmacokinetics, it is recommended to start lipid-lowering medication at a low dose and then titrate with caution to achieve target lipid levels which are the same as in the younger subjects.	I	C	-
Statin therapy may be considered in elderly subjects free of CVD, particularly in the presence of at least one other CV risk factor besides age.	IIb	B	20, 167

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

<sup>c</sup>References.

CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease.

**Пациентам с диагностированной ИБС рекомендовано лечение статинами**

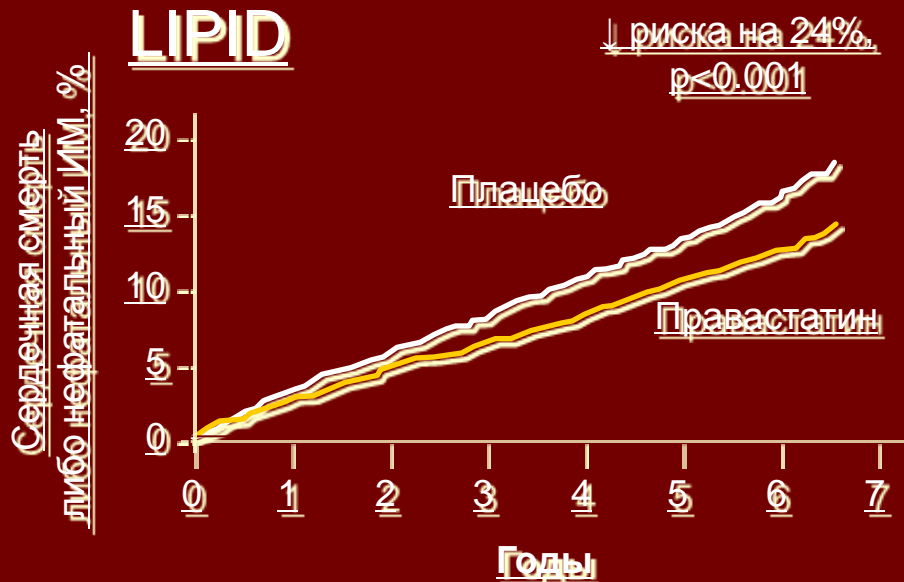
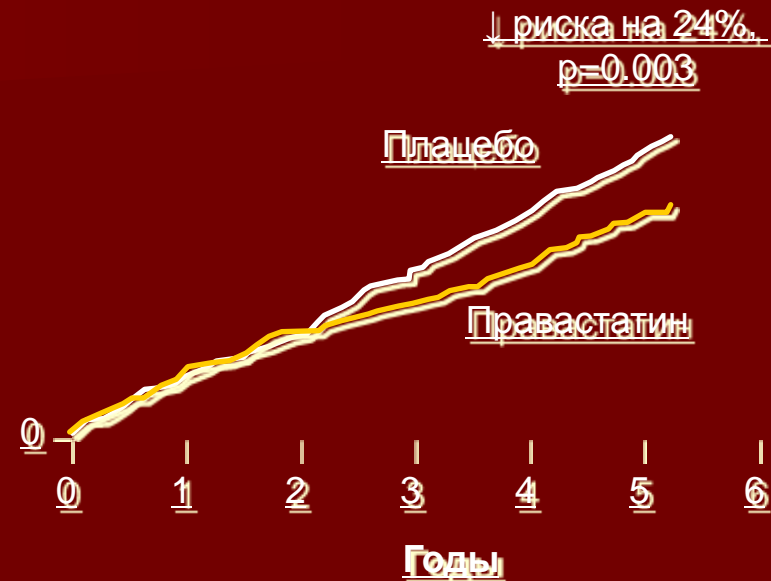
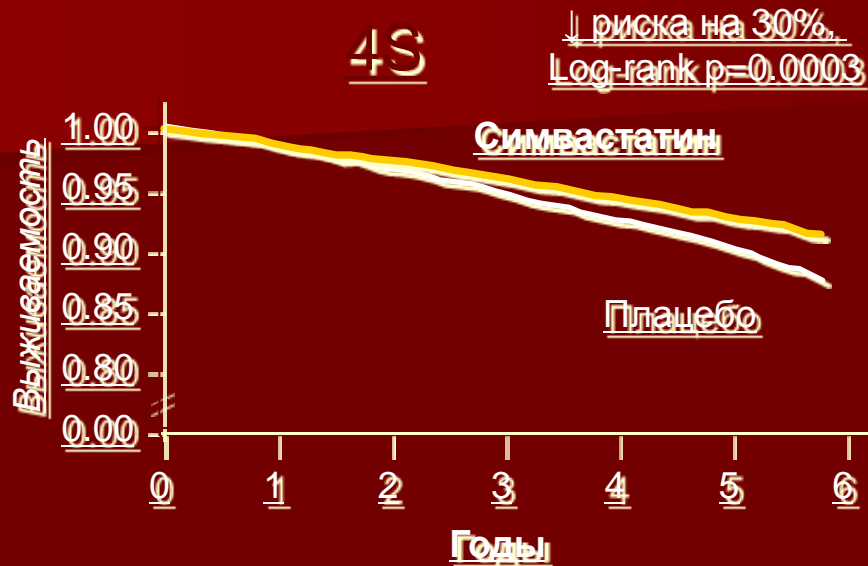
**Учитывая наличие коморбидной патологии и возрастные особенности фармакокинетики препаратов начинать лечение необходимо с низких доз и титровать до достижения целевого уровня показателей липидограммы**

**Лечение статинами пациентов без ИБС должно определяться наличием других факторов кардиоваскулярного риска**

## **«ОПТИМАЛЬНЫЙ» СТАТИН ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

- 1. ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЛИПИДНЫХ МАРКЕРОВ**
- 2. ВЫСОКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**
- 3. ВЫРАЖЕННЫЕ ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ**
- 4. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В УМЕРЕННЫХ ДОЗАХ**
- 5. ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ**
- 6. МИНИМАЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ**

# ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ ИМ В ОСНОВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ СТАТИНОВ

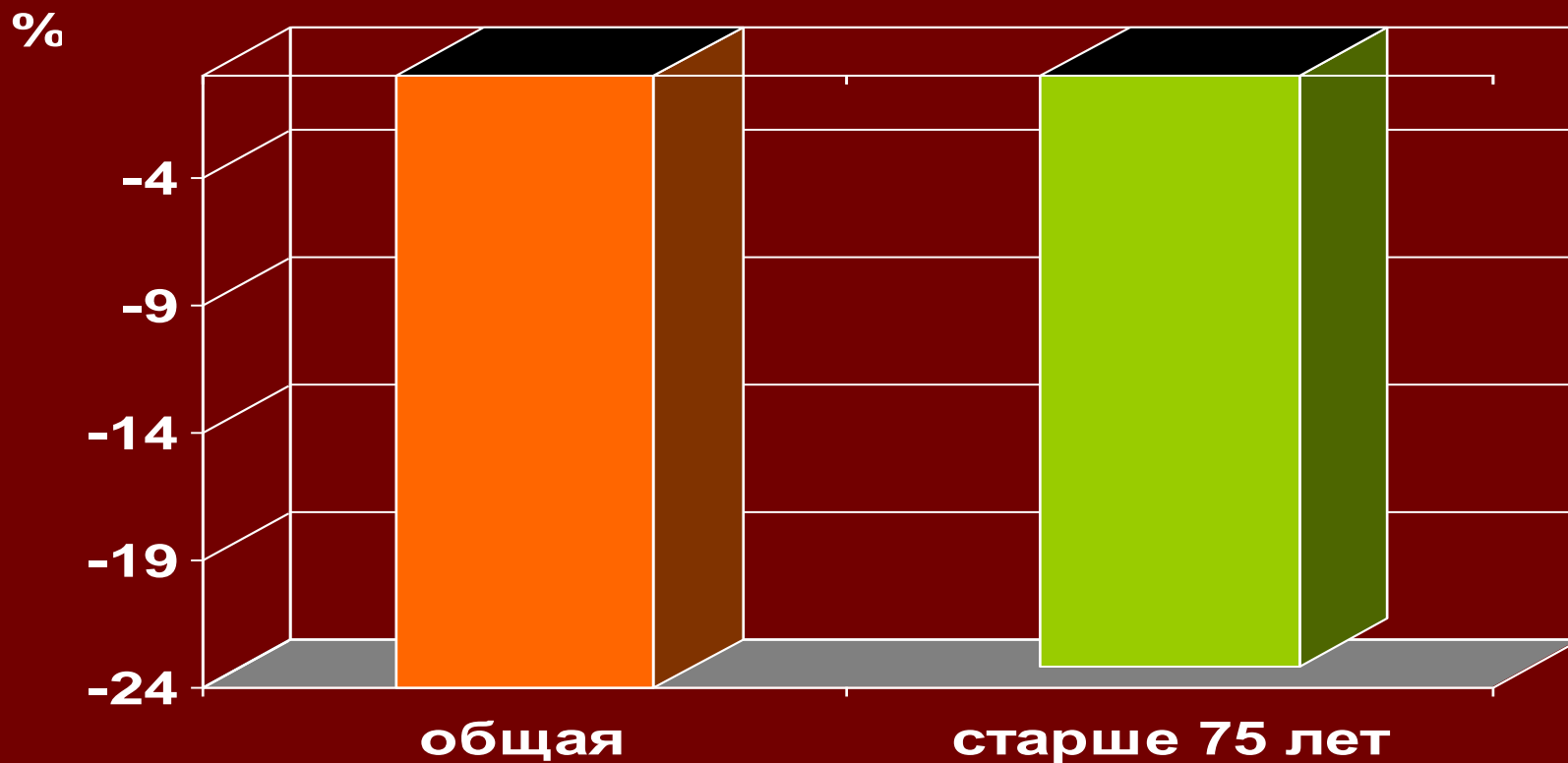


# HEART PROTECTION STUDY (HPS)

Обследовано 20364 человека в возрасте 40-80 лет  
имеющих в анамнезе ИМ, ИБС, ПАД, сахарный диабет

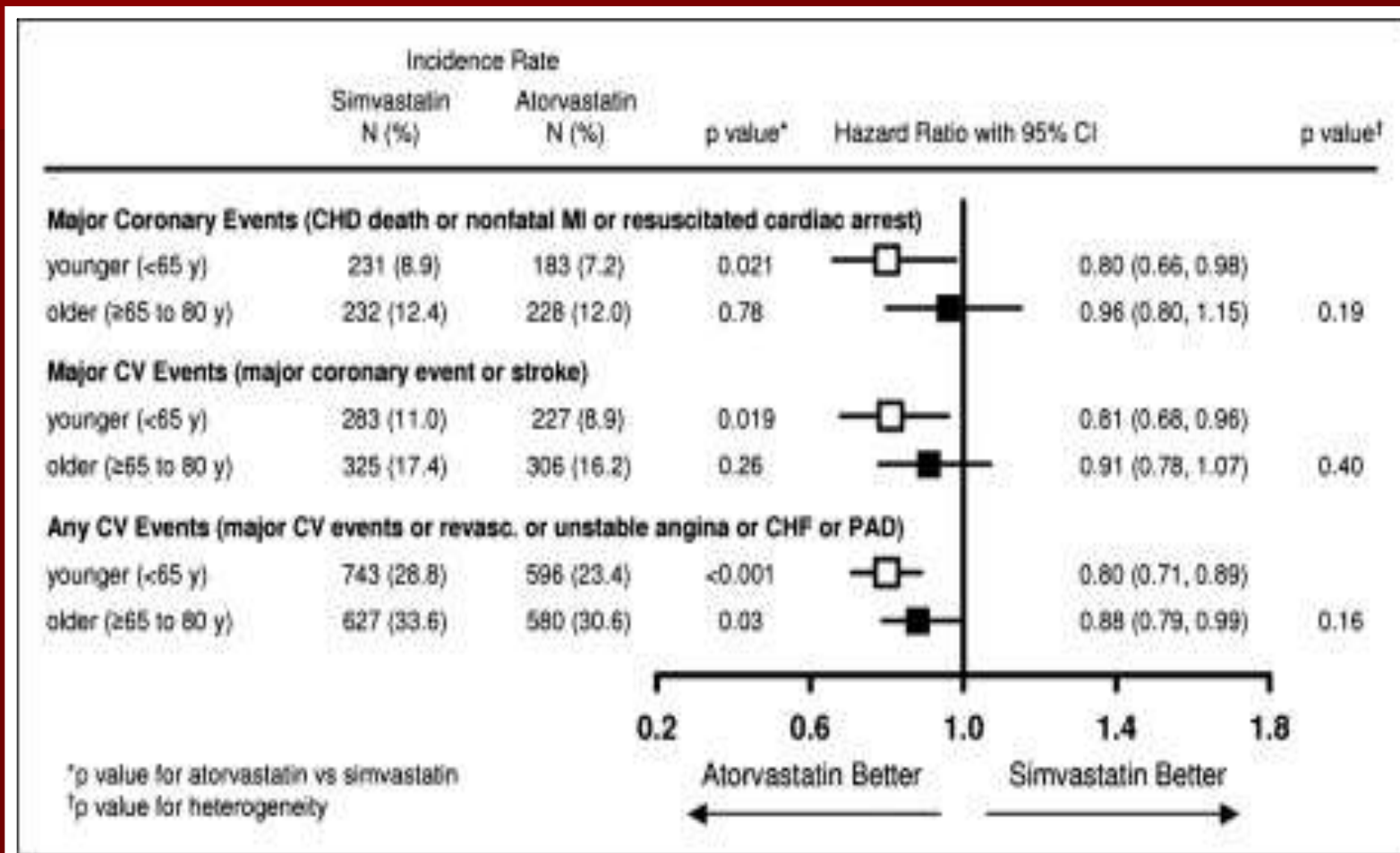
Доза симвастатина 40 мг/сут

Динамика смертности в разных возрастных группах





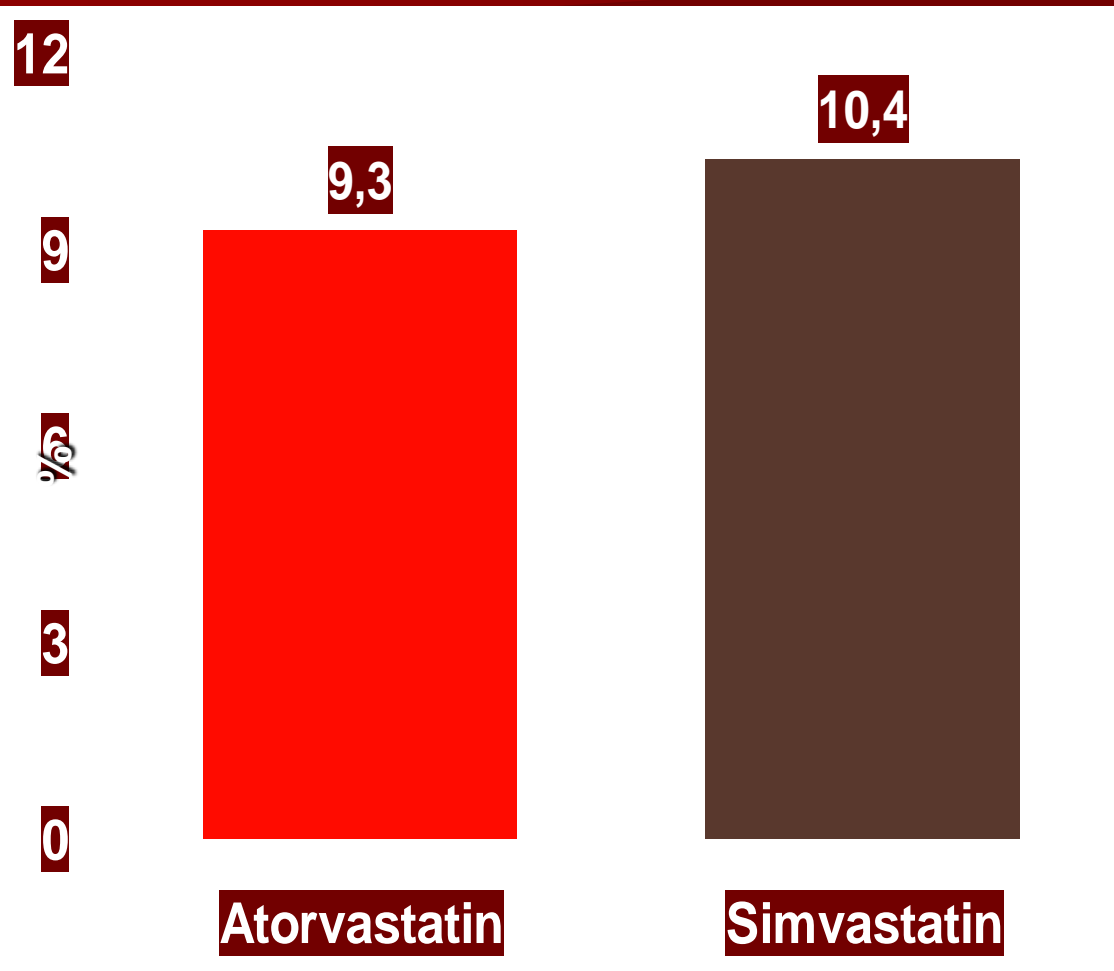
# Comparison of efficacy and safety of atorvastatin (80 mg) to simvastatin (20 to 40 mg) In patients aged <65 versus ≥65 years with coronary heart disease (from the incremental decrease through aggressive lipid lowering [IDEAL] study)



# IDEAL Trial: Primary Endpoint

Primary Composite of major coronary event \*

(%)  $p = 0.07$



Частота развития крупных  
Коронарных событий в группе  
Аторвастатина составила 9,3%  
в группе симвастатина – 10,4%

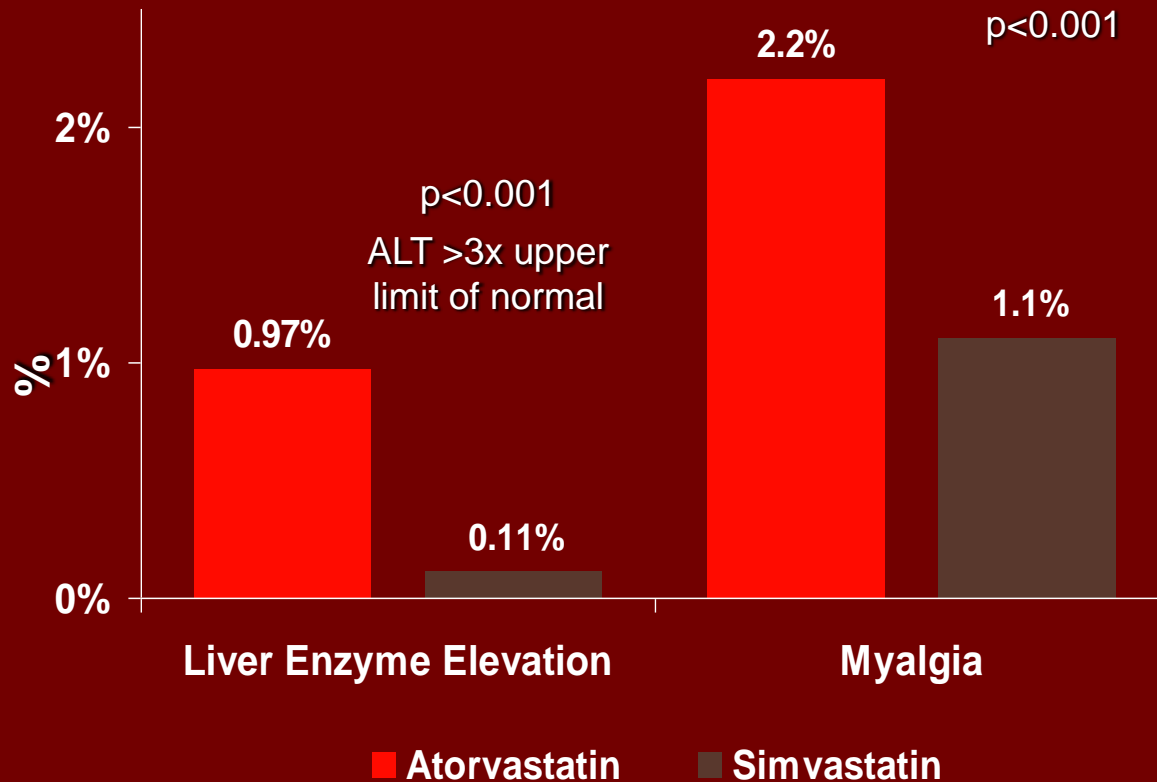
*Presented at AHA 2005*

\* Major coronary event defined as coronary death, hospitalization for non-fatal acute MI or resuscitated cardiac arrest.



# IDEAL Trial: Serious Adverse Events cont.

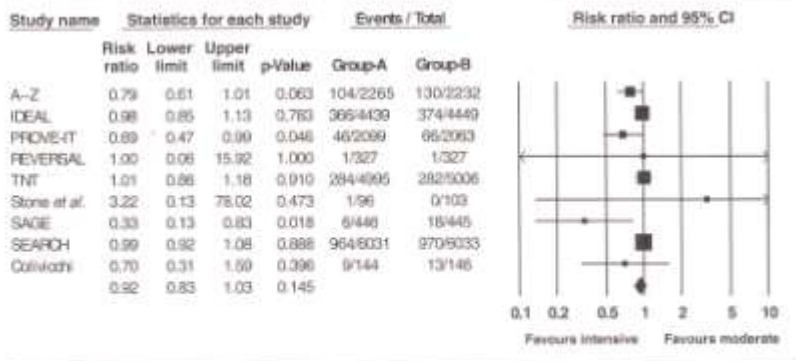
## Liver enzyme elevation and myalgia (%)



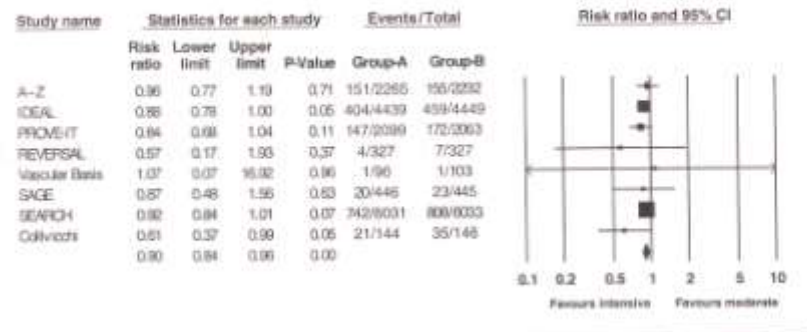
• Частота розвитку ускладнень терапії статинами чаще наблюдалась в группе аторвастатина



# INTENSIVE STATIN THERAPY COMPARED WITH MODERATE DOSING FOR PREVENTION OF CARDIOVASCULAR EVENTS: A META-ANALYSIS > 40000 PATIENTS



All-cause mortality



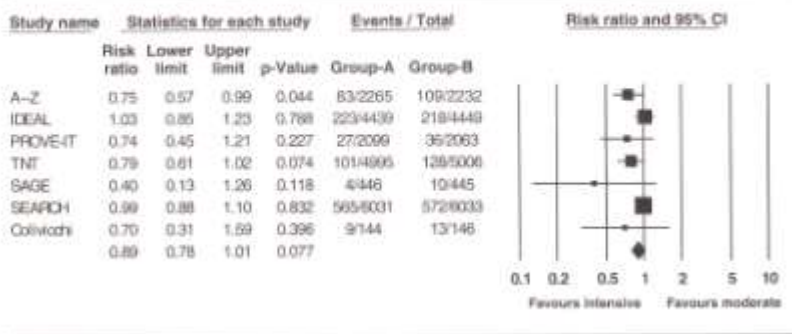
CHD mortality plus non-fatal MI

plot of all-cause mortality.

1- общая смертность

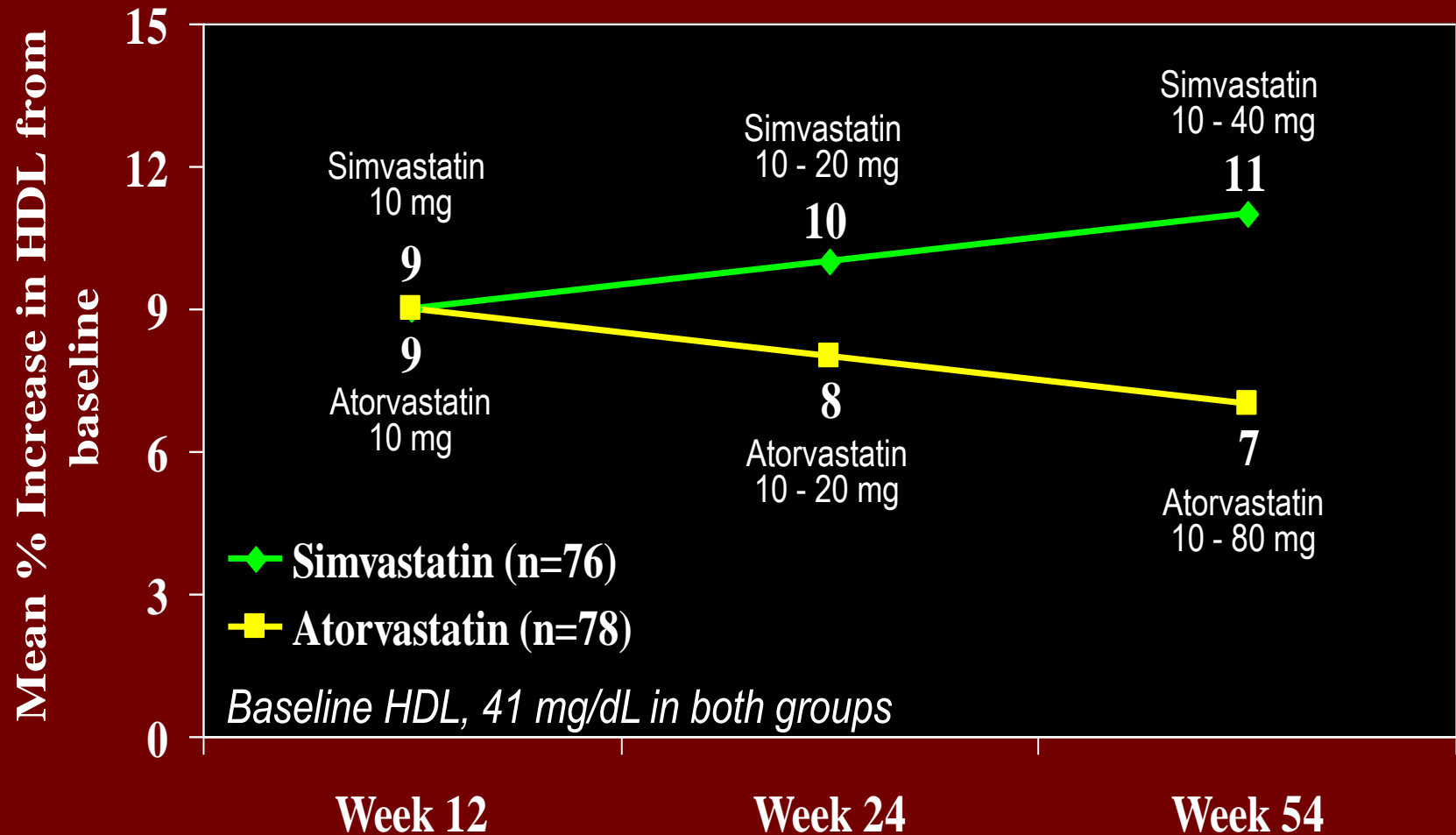
2 – кардиоваскулярная смертность

3- ИБС и нефатальный ИМ



CVD mortality

# Simvastatin and Atorvastatin - Effects on HDL



# ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ СТАТИНОВ

ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКТОРНЫЙ

АНТИАГРЕГАНТНЫЙ

АНТИОКСИДАНТНЫЙ

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ

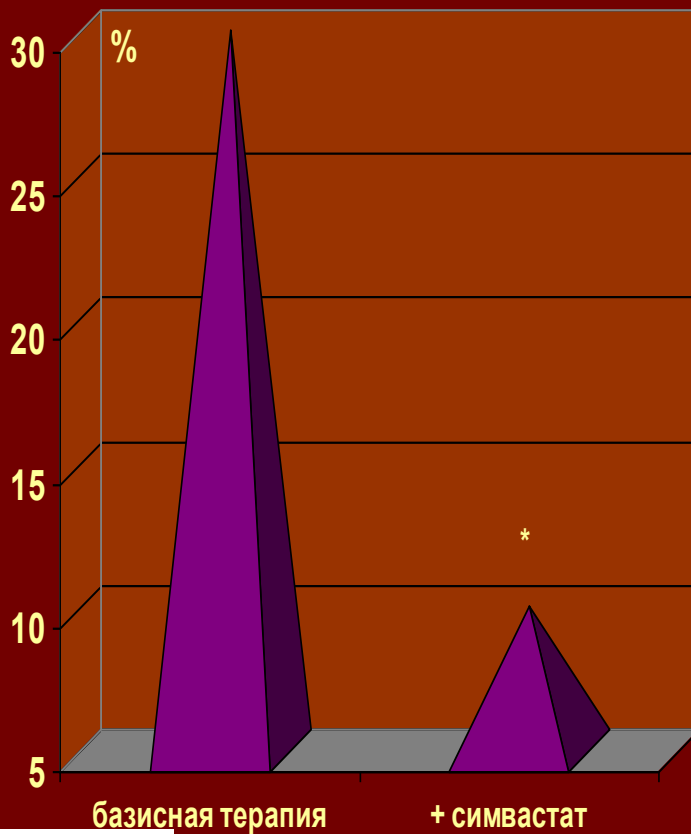
АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ

АНТИАПОПТОТИЧЕСКИЙ

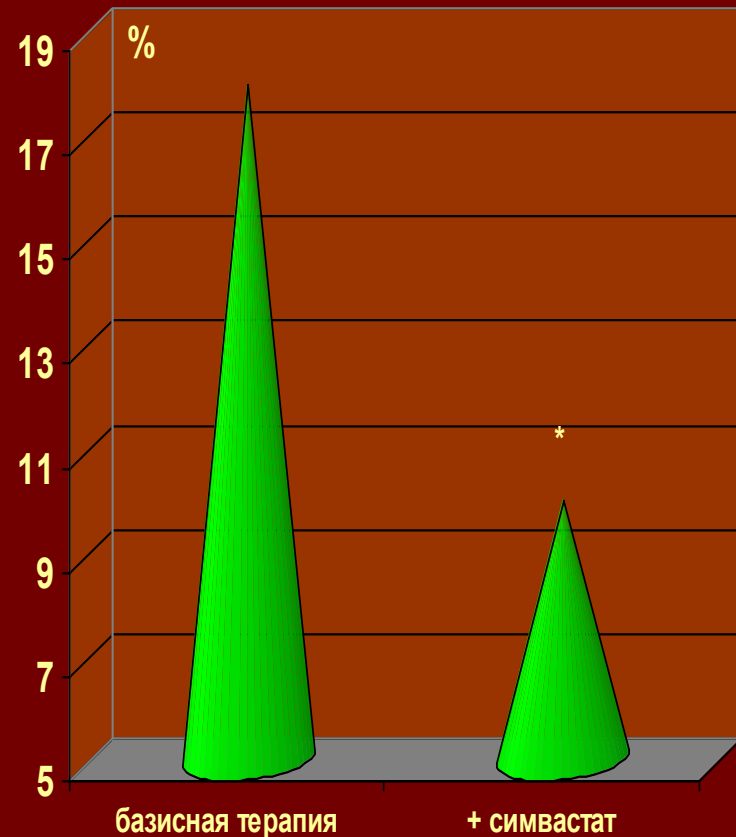
АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ

# ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТА НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ у больных старше 60 лет с ИБС и АГ

## АДГЕЗИЯ

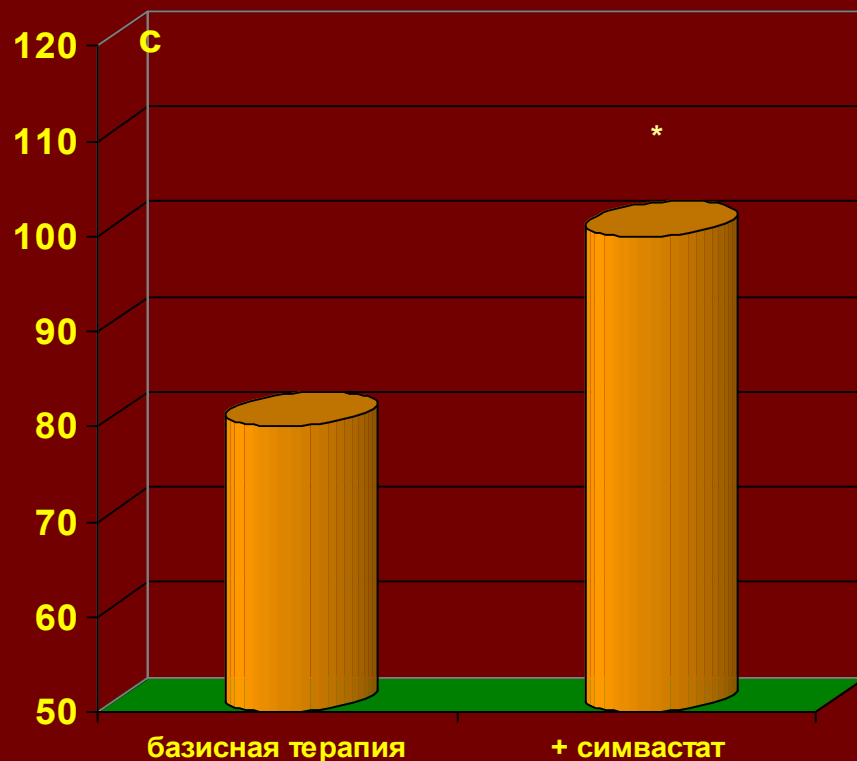
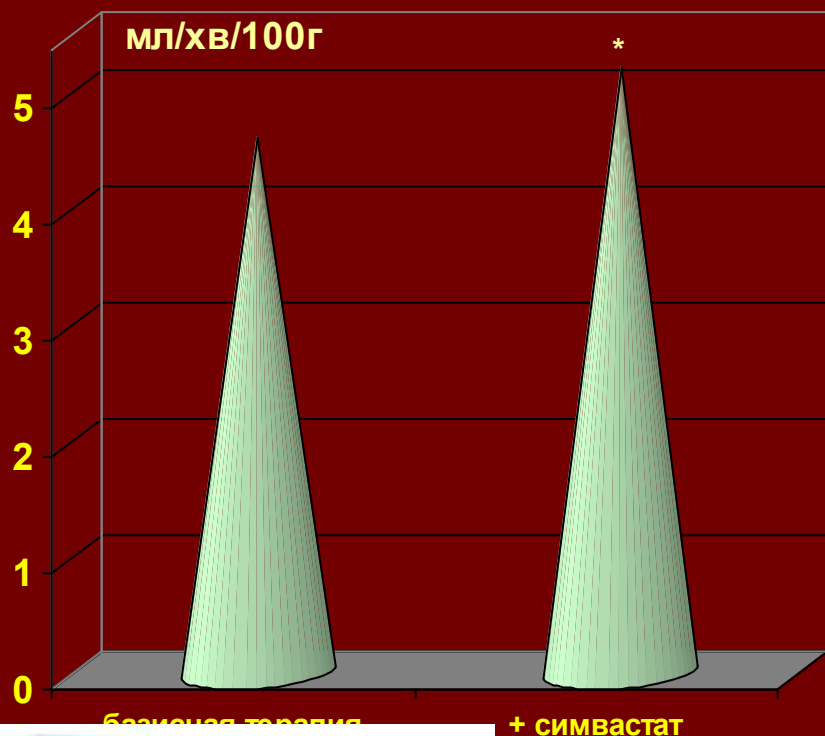


## АГРЕГАЦИЯ



# ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ МИКРОСОСУДОВ у больных старше 60 лет с ИБС и АГ

## Динамика ОСКК при создании реактивной гиперемии

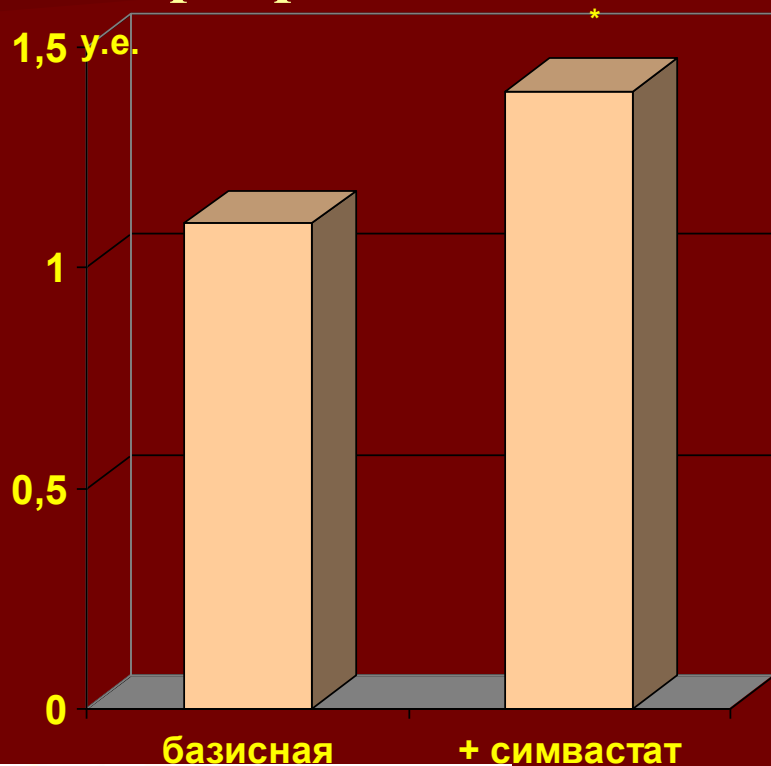


## Продолжительность прироста ОСКК при создании реактивной гиперемии

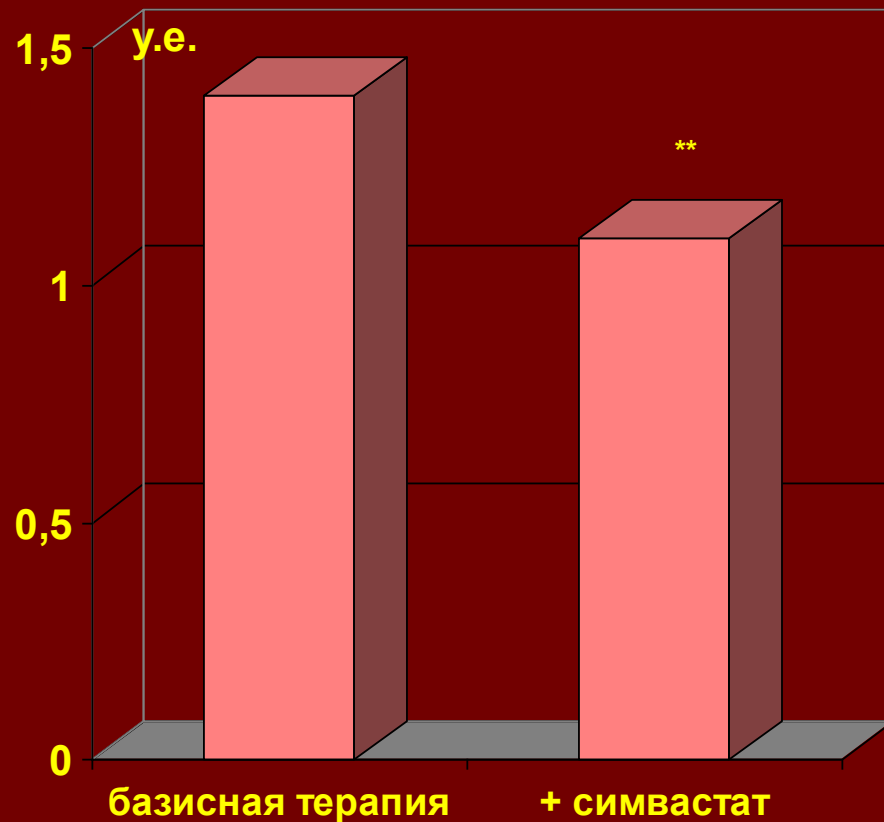


# ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТА НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ИБС И АГ

## Деформируемость эритроцитов



## Агрегация эритроцитов



# HEART PROTECTION STUDY (HPS)

Обследовано 20364 человека в возрасте 40-80 лет  
имеющих в анамнезе ИМ, ИБС, ПАД, сахарный диабет

Исследуемый препарат – симвастатин 20, 40 мг.

**Длительность наблюдения 5 лет.**

**Снижение уровня ХСХПНП на 1 ммоль/л  
уменьшает частоту ССС на 23%**

**Длительность наблюдения 11 лет.**

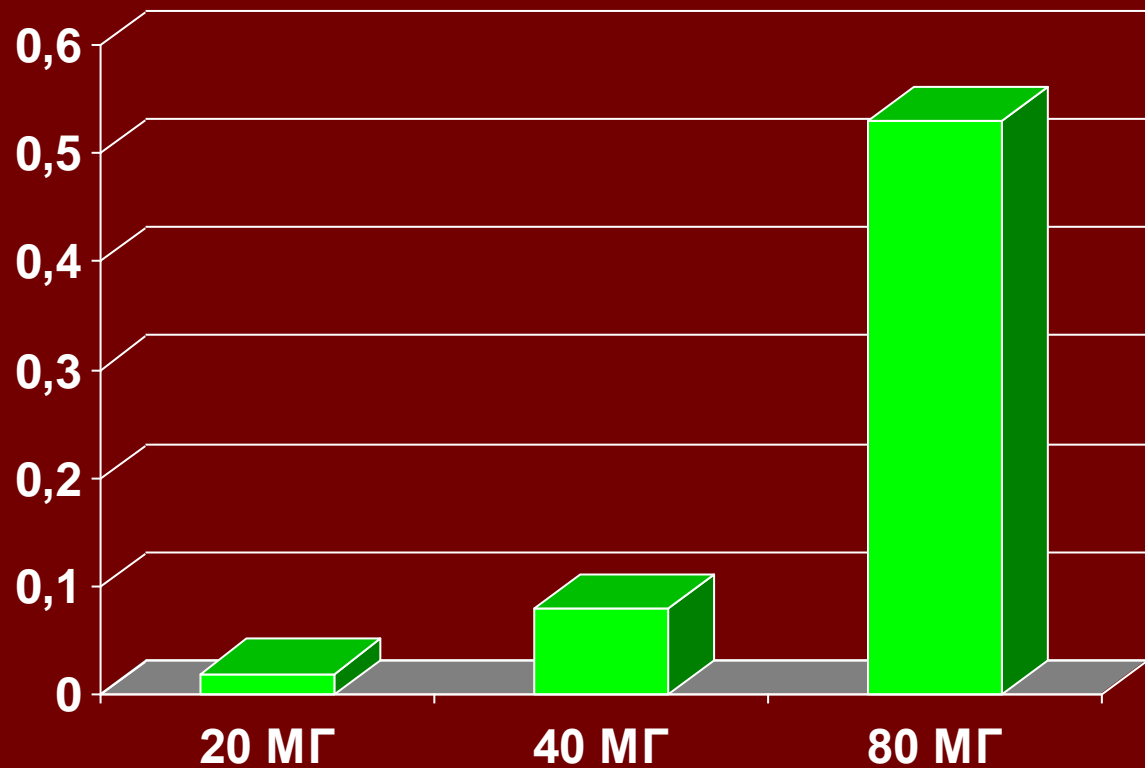
**Положительный эффект не изменился.**

**У пациентов старше 70 лет не было обнаружено увеличения частоты урогенитальных, гастроинтестинальных, респираторных, гематологических, онкологических осложнений.**

В ШВЕЦИИ СИМВАСТАТИН РЕКОМЕНДОВАН ЛОКАЛЬНЫМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ КОМИТЕТОМ КАК ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 75 ЛЕТ – 85%.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА СИМВАСТАТИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА

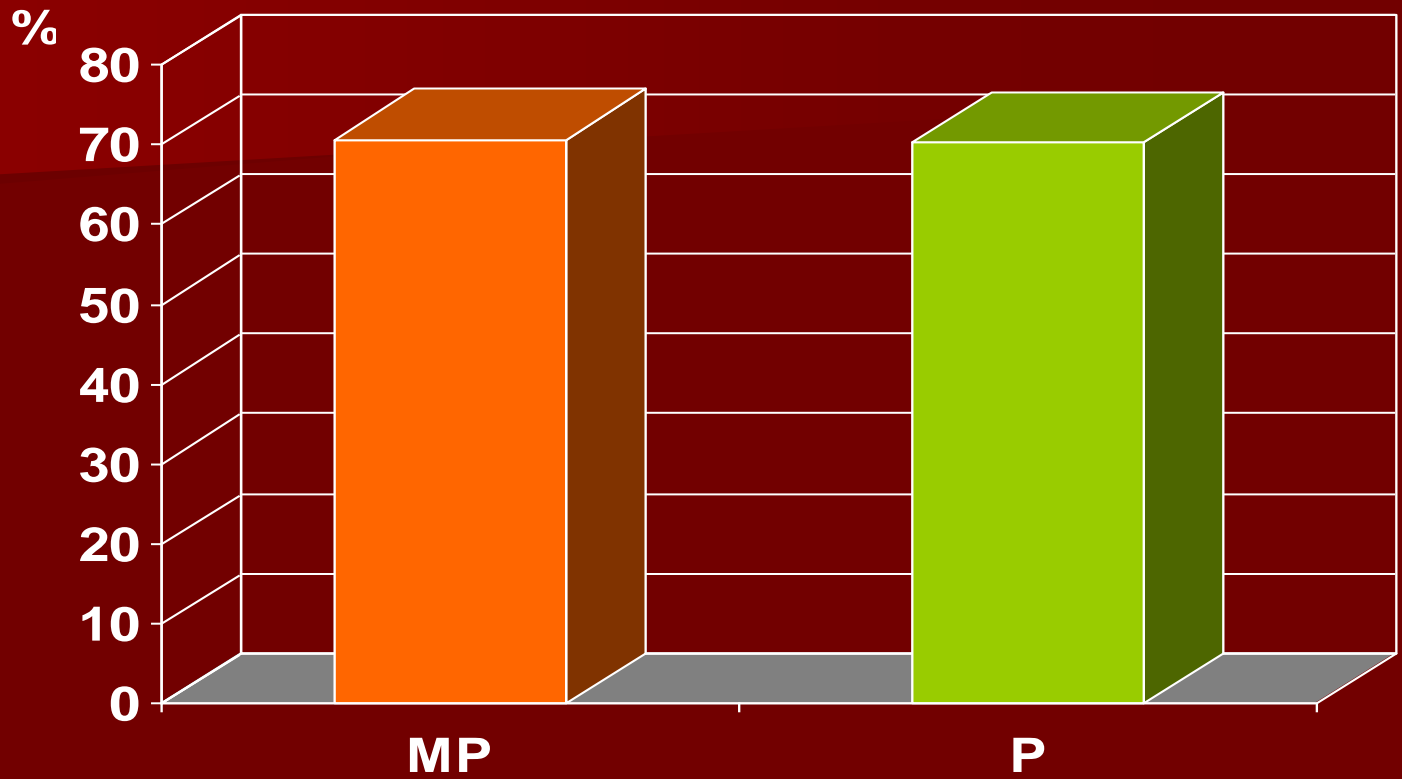


Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly, 2011:3

# АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

1. СИМВАСТАТИН в дозе 40 мг/сут является препаратом первого выбора
2. Пациенты, получающие при поступлении в стационар аторвастатин в дозе 10-20 мг переводятся после выписки на симвастатин
3. Интенсивная гиполипидемическая терапия первой линии – симвастатин в дозе 80 мг, при непереносимости – аторвастатин.

# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ (2011 год)



 - Получающие медикаментозную терапию

 - Перенесшие коронарную реваскуляризацию

## % СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ХС ЛПНП ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ

<b>Pravastatin</b>	<b>10 -22</b>	<b>20 -32</b>	<b>40 -34</b>	<b>80 -37</b>
<b>Lovastatin</b>	<b>10 -21</b>	<b>20 -27</b>	<b>40 -31</b>	<b>80 -42</b>
<b>Simvastatin</b>	<b>10 - 30</b>	<b>20 - 38</b>	<b>40 - 41</b>	<b>80- 47</b>
<b>Atorvastatin</b>	<b>10 - 39</b>	<b>20 - 43</b>	<b>40 - 50</b>	<b>80 -60</b>
<b>Ezetimibe \ Simvastatin</b>	<b>10/10 -45</b>	<b>10/20 -52</b>	<b>10/40- 55</b>	<b>10/80 -60</b>
<b>Rosuvastatin</b>	<b>10 - 52</b>	<b>20 - 55</b>	<b>40 - 63</b>	



Адаптировано Alexander et al. 2009



Женщина 76-лет поступила в стационар с диагнозом: острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST.

После обследования ей был установлен металлический непокрытый стент.

Терапия: аспирин 325 мг/сут, клопидогрель 75 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, лизиноприл – 20 мг\сут, аторвастатин 80 мг/сут.

Выписана без осложнений. Терапия после выписки: аспирин 81 мг/сут, клопидогрель 75 мг/сут, метопролол 50 мг/сут, лизиноприл – 20 мг\сут,

**аторвастатин заменен симвастатином (СИМВАСТАТ) в дозе 20 мг/сут.**

Липидограмма: общ. ХС – 180 мг/дл ( 4,6 ммоль/л), ЛПНП – 62 мг/дл (1,6 ммоль/л), ЛПВП – 39 мг/дл, ТГ – 154 мг/дл (1,7 ммоль/л).

Учитывая возможность нормализации липидного спектра с помощью умеренных доз статина (симвастатина), а также доказанное отсутствие преимущества применения максимальных доз статинов у пациентов со стабильным течением СС заболеваний замену препарата можно считать целесообразной.



Пациент 66 лет. Вес 83 кг. ИМТ=28. Не курит, получает стабильную антигипертензивную терапию. Уровень АД 139/85 мм рт ст (медикаментозная коррекция).

Результаты лабораторных исследований:

Общ.ХС= 201 мг/дл (5,2 ммоль/л),

ХС ЛПНП – 119 мг/дл (3,1 ммоль/л),

ХС ЛПВП – 50 мг/дл ( 1,3 ммоль/л),

ТГ – 150 мг/дл (3,87 ммоль/л),

СРБ = 4,2 мг/л.

Согласно результатам исследования ASCOT-LLA, применение статинов у пациентов с артериальной гипертензией способствует значительному снижению риска ССС. Целевая доза ЛПНП < 100 мг/дл (2,5 ммоль/л) . Учитывая, что необходимый % снижения уровня ХСЛПНП – 20%, нормализация липидного спектра в данном случае может быть достигнута с использованием средних доз препаратов (например, симвастатина).



# ПОЧЕМУ СИМВАСТАТИН ?

**САМАЯ БОЛЬШАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА**

**ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ**

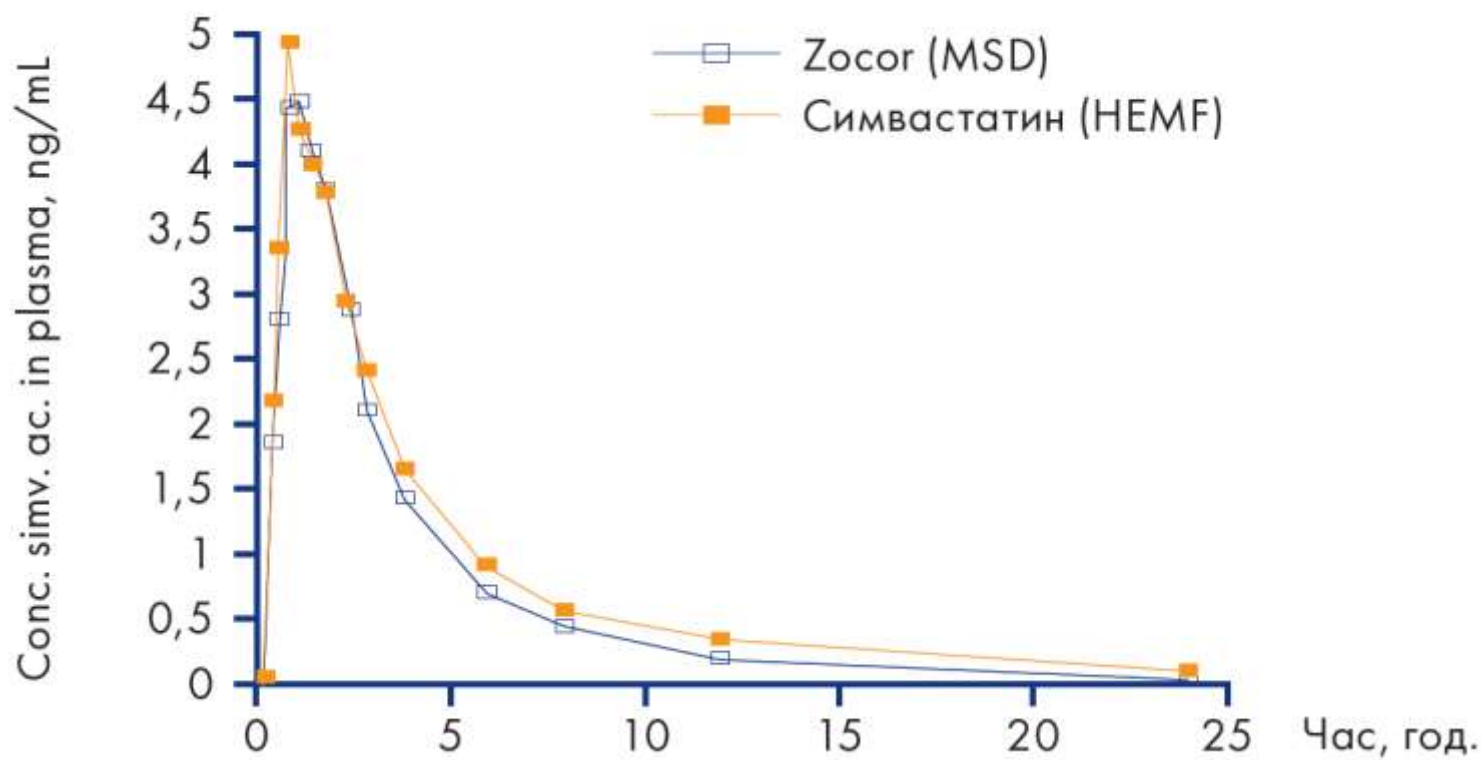
**ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ**

**ОТСУТСТВИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ТРАНСАМИНАЗ  
(В ДОЗЕ 40МГ)**

**САМАЯ ВЫСОКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ (В ДОЗЕ  
10 МГ ОТПУСКАЕТСЯ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ БЕЗ РЕЦЕПТА)**



# СИМВАСТАТ





**Ann Gruchy. VESSELS  
(«СОСУДЫ»)**



**СОСУДЫ  
(КОМПЬЮТЕРНАЯ  
МИКРОСКОПИЯ)**



**СОСУДЫ  
(КОМПЬЮТЕРНАЯ  
ТОМОГРАФИЯ))**



- **Как бы ты ни был молод , ты можешь умереть в любой день.**



- **Как бы ты ни был стар, ты можешь прожить еще год.**

**Фернандо де Рохас**